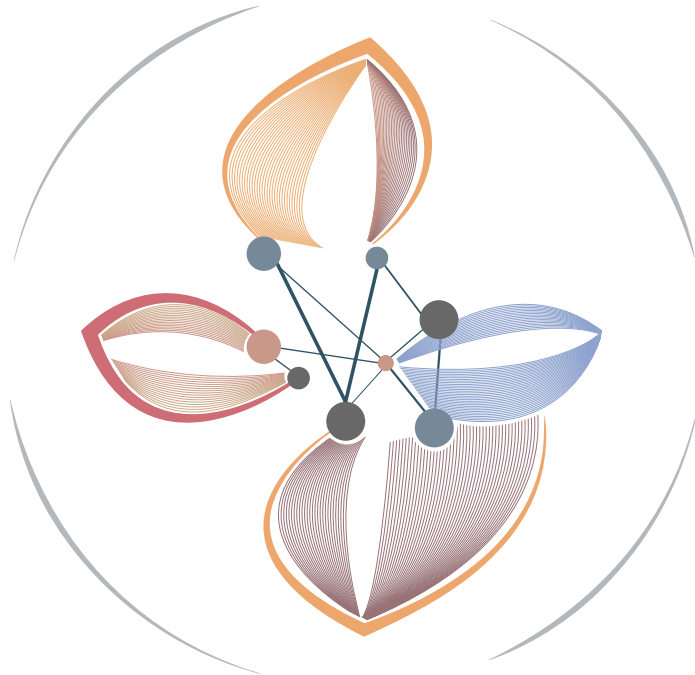




Faculté de Médecine
Unité de Recherche en Soins Primaires et Santé
Département de Médecine Générale
Université de Liège

Approche syndémique de la santé des hommes gays et bisexuels en Belgique francophone

Étude exploratoire par étude de la portée, consensus
d'experts et analyse en réseau



Dr Maxence Ouafik

*Thèse présentée en vue de l'obtention du
grade de Doctorat en Sciences médicales*

Année académique 2025-2026



Approche syndémique de la santé des hommes gays et bisexuels en Belgique francophone

Étude exploratoire par étude de la portée, consensus
d'experts et analyse en réseau

Jury de thèse :

Promotrices :	Dr Beatrice Scholtes (ULiège) Pr Laëtitia Buret (ULiège)
Président :	Pr Michel Moutschen (ULiège)
Membres du comité de thèse :	Pr Marc Vanmeerbeek (ULiège) Pr Sandrine Detandt (ULB)
Membres externes :	Pr Alexandre Baril (Université d'Ottawa) Dr Marie-Annelise Blanchard (UCL)

AVANT-PROPOS

REMERCIEMENTS

Une thèse, malgré son caractère personnel, demeure un exercice collectif. J'aimerais donc exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui l'ont rendue possible.

Je tiens d'abord à remercier la Dr Beatrice Scholtes et la Pr Laëtitia Buret, mes deux promotrices, dont l'aide, les conseils et les encouragements m'ont été précieux.

Je remercie aussi chaleureusement les membres de mon comité de thèse pour leur accompagnement tout au long de ce parcours. Ma reconnaissance va également au Pr Alexandre Baril et au Dr Marie-Annelise Blanchard, pour avoir accepté d'évaluer ce travail et pour leurs retours sur ce dernier.

Je remercie également le Département de Médecine Générale, et plus spécifiquement les Pr Marc Vanmeerbeek et Didier Giet, d'avoir cru en mon projet lorsque je le leur ai évoqué pour la première fois, et pour m'avoir ainsi permis de le réaliser. Merci aussi à l'Assemblée des Généralistes Enseignants pour son appui financier durant la phase de rédaction. Merci aussi à la Pr Anne-Laure Lenoir, pour son soutien précieux au moment où j'en avais le plus besoin.

Merci aussi à tous les participants des parties empiriques pour leur coopération à cette recherche et sans la confiance desquels ce travail n'aurait pas été possible.

Pour finir, merci à mes parents d'avoir toujours cru en moi et de continuer à être fiers de mon travail. Merci à mes amis, d'avoir été là pendant mes moments de doute et d'avoir compris mon absence durant ces derniers mois. Merci tout particulièrement à Nath Jonniaux, Charline Marbaix et Raphaël Evrard pour leurs relectures. Enfin, et non des moindres, merci à Alix Fournier, mon compagnon, pour sa patience, sa compréhension ainsi que pour son soutien moral, intellectuel et matériel sans faille. Ce travail n'aurait jamais vu le jour ni eu la même pertinence sans nos discussions et son avis éclairé et je lui en suis immensément reconnaissant.

RÉSUMÉ

Les hommes appartenant à une minorité sexuelle (HMS) connaissent des disparités de santé significatives liées à leur marginalisation sociale. Ces inégalités de santé concernent tant la santé physique, psychique que le bien-être social. Malgré l'importance de ces éléments, la recherche demeure lacunaire, particulièrement en Belgique francophone et, à plus forte raison, pour les hommes trans appartenant à une minorité sexuelle (HTMS).

Pour étudier ce phénomène, la présente thèse mobilise le concept de syndémie, issu de l'anthropologie médicale et décrivant l'agrégation synergique de plusieurs maladies en raison de conditions sociales défavorables. L'objectif de ce travail est ainsi de documenter l'état de santé des HMS en Belgique francophone et d'explorer les mécanismes à travers lesquels ses différents constituants interagissent.

Pour ce faire, un *design* séquentiel exploratoire en trois phases a été déployé : (1) une étude de la portée identifiant l'état des connaissances et les lacunes à combler ; (2) une étude Delphi permettant de transposer les résultats de l'étude de la portée au contexte belge francophone ; (3) une enquête quantitative en ligne par analyse en réseau des variables issues du Delphi.

Les résultats révèlent des taux élevés de symptômes dépressifs et de suicidalité, enchevêtrés avec l'isolement social, la solitude et une faible estime de soi. Ils mettent également en exergue la synergie entre trois de ces conditions : la suicidalité, les symptômes dépressifs et l'estime de soi.

Cette recherche constitue la première étude syndémique en Belgique francophone et la première étude européenne s'intéressant conjointement à la santé des hommes cis et trans appartenant à une minorité sexuelle sous cet angle théorique. Elle éclaire les vulnérabilités en santé de cette population et apporte des perspectives pour les recherches futures, la pratique clinique et les interventions en santé publique.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	i
Remerciements.....	iii
Résumé.....	v
Table des matières.....	vii
Table des figures.....	ix
Table des tableaux.....	xi
Liste des abbréviations.....	xiii
I CONTEXTE ET FONDEMENTS THÉORIQUES	
Chapitre 1 : Contextualisation.....	3
1.1 <i>Population</i>	3
1.2 <i>Infections sexuellement transmissibles</i>	6
1.3 <i>Chemsex et consommation de substances</i>	10
1.4 <i>Santé mentale</i>	13
1.5 <i>Santé sociale et violence</i>	15
1.6 <i>Enjeux et déroulement de la recherche</i>	18
Chapitre 2 : Cadre conceptuel.....	21
2.1 <i>Généalogie des catégories</i>	21
2.2 <i>Vers une approche sociale de la santé</i>	32
2.3 <i>Synthèse</i>	55
II VOLET EMPIRIQUE	
Chapitre 3 : Étude de la portée.....	61
3.1 <i>Objectifs</i>	61
3.2 <i>Méthodologie</i>	62
3.3 <i>Résultats</i>	65
3.4 <i>Discussion</i>	79
3.5 <i>Forces et limites et perspectives</i>	86
Chapitre 4 : Enquête Delphi.....	89
4.1 <i>Objectifs</i>	89
4.2 <i>Méthodologie</i>	90
4.3 <i>Résultats</i>	95
4.4 <i>Discussion</i>	105
4.5 <i>Forces, limites et perspectives</i>	106

Chapitre 5 : Enquête quantitative.....	109
5.1 <i>Objectifs</i>	109
5.2 <i>Méthodologie</i>	110
5.3 <i>Résultats</i>	116
5.4 <i>Discussion</i>	129
5.5 <i>Forces, limites, et perspectives</i>	132
III SYNTHÈSE CRITIQUE ET PERSPECTIVES	
Chapitre 6 : Discussion intégrative.....	139
6.1 <i>Synthèse des parties empiriques</i>	139
6.2 <i>Ignorance et injustice</i>	142
6.3 <i>Les difficultés de quantification</i>	147
6.4 <i>La complexité de la suicidalité</i>	151
6.5 <i>Perspectives de soin</i>	157
Chapitre 7 : Conclusion.....	169
BIBLIOGRAPHIE	173
ANNEXES	217
Annexe A : Annexes relatives à l'étude de la portée.....	219
A.1 <i>Équations de recherche</i>	220
Annexe B : Annexes relatives au Delphi.....	221
B.1 <i>Checklist ACCORD</i>	221
B.2 <i>Tableaux annexes</i>	229
Annexe C : Annexes relatives à l'enquête quantitative.....	233
C.1 <i>Questionnaire</i>	233
C.2 <i>Tableau annexe</i>	251
C.3 <i>Stabilité des estimations</i>	251
C.4 <i>Analyse par pentes simples</i>	255
C.5 <i>Analyses post-hoc</i>	256

TABLE DES FIGURES

Corps de texte

Fig. 1	Portrait de Karl Heinrich Ulrichs reproduit de Wissenschaftlich-Humanitères Komitee (1899, p. 36).	22
Fig. 2	Magnus Hirschfeld (1928), tiré de Djajic-Horváth (2025).	24
Fig. 3	Cadre de médiation psychologique, adapté de Hatzenbuehler (2009).	40
Fig. 4	Comparaison entre 3 types d'interaction, adapté de Tsai (2018).	48
Fig. 5	Modèle de la cause commune.	50
Fig. 6	Modèle de psychopathologie en réseau.	51
Fig. 7	Comorbidité selon l'approche en réseau, inspiré de Cramer et al. (2010).	53
Fig. 8	Cadre conceptuel intégré.	57
Fig. 9	Diagramme de flux PRISMA de l'étude de la portée.	65
Fig. 10	Graphiques du nombre cumulé d'études publiées annuellement.	67
Fig. 11	Nombre d'études se concentrant sur une sous-population spécifique, par sous-population.	69
Fig. 12	Réseau des conditions syndémiques de la littérature.	71
Fig. 13	Diagramme de flux représentant les tours du Delphi et leurs résultats.	97
Fig. 14	Matrices de corrélation de Spearman des classements individuels.	102
Fig. 15	Prévalence des critères de risque sexuel élevé, par modalité de genre.	120
Fig. 16	Distribution de la prévalence et du nombre de conditions syndémiques, par modalité de genre.	123
Fig. 17	Réseau de corrélations partielles des conditions syndémiques.	125
Fig. 18	Modèle de réseau modéré par la modalité de genre.	126

Annexes

Fig. i	Intervalles de confiance bootstrap des poids des arêtes.	252
Fig. ii	Intervalles de confiance bootstrap des poids des arêtes (séparation zéro).	252
Fig. iii	Test de différence bootstrap des arêtes non nulles du réseau.	253
Fig. iv	Stabilité des indices de centralité (bootstrap par suppression de cas).	253
Fig. v	Influence attendue et force des noeuds du réseau (z-scores).	254
Fig. vi	Test de différence bootstrap de la force des noeuds du réseau.	254
Fig. vii	Analyse par pentes simples de l'interaction entre estime de soi et suicidalité sur la symptomatologie dépressive.	255

TABLE DES TABLEAUX

Corps de texte

Tableau 1	Estimations de la population trans, selon différents critères.....	5
Tableau 2	Prévalences comparées des ISTs et lésions chroniques.....	9
Tableau 3	Prévalences comparées des troubles psychiques.....	15
Tableau 4	Caractéristiques des experts, par tour de Delphi.....	98
Tableau 5	Résultats du deuxième tour du Delphi.....	101
Tableau 6	Résultats du troisième tour du Delphi.....	104
Tableau 7	Résultats des analyses de puissance, par densité envisagée.....	113
Tableau 8	Caractéristiques démographiques des répondants.....	118
Tableau 9	Modèle synergique 2 : interaction entre estime de soi et suicidalité sur la dépression (n = 223).....	127
Tableau 10	Résumé synthétique des trois parties empiriques.....	140

Annexes

Tableau i	Équations de recherche des différentes bases de données consultées.....	220
Tableau ii	Checklist ACCORD pour le rapport d'exercices de consensus (traduction libre).....	221
Tableau iii	Codage des problématiques identifiées au tour 1 du Delphi, par proportion de panélistes ayant évoqué le facteur.....	229
Tableau iv	Liste des conditions de l'étude de la portée non incluses dans le tour 2 du Delphi.....	232
Tableau v	Comparaison entre les participants trans et NB AFAB.....	251
Tableau vi	Résultats de la régression logistique du risque sexuel.....	256
Tableau vii	OR de SBQ-R sur les composantes du risque sexuel.....	256

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

3ST – Théorie des Trois Étapes

IMV – Modèle Intégré Motivationnel-Volitionnel

IPTS – Théorie Interpersonnelle du Suicide

BCI – intervalles de confiance bootstrap

BDI-II – Beck Depression Inventory

CESD – Center for Epidemiologic Studies-Depression

CIM – Classification Internationale des Maladies

CITP-08 – Classification Internationale Type des Professions

DAG – Graphe Dirigé Acyclique

EBIC – critère d'information bayésien étendu

HCMS – Hommes Cis appartenant à une Minorité Sexuelle

HHS – Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien

HISEI – Highest International Socio-Economic Index of occupational status

HMS – Hommes appartenant à une Minorité Sexuelle

HPV – papillomavirus humain

HSH – Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes

HTMS – Hommes Trans appartenant à une Minorité Sexuelle

IEFH – Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes

VPI – violence entre partenaires intimes

ISEI – International Socio-Economic Index

IST – Infection Sexuellement Transmissible

LASSO – Least Absolute Shrinkage and Selection Operator

LGBT – lesbiennes, Gays, Bis et Trans

- MACS** – Maison Arc-en-ciel de la Santé
- MCAR** – Missing Completely At Random
- MGM** – Modèle Graphique Mixte
- MNM** – modèle de réseau modéré
- MSPSS** – Multidimensional Scale of Perceived Social Support
- MSG** – Minorités Sexuelles et de Genre
- NPS** – Nouveaux Produits de Synthèse
- OMS** – Organisation Mondiale de la Santé
- PHQ-8** – Patient Health Questionnaire (8 items)
- PHQ-9** – Patient Health Questionnaire (9-items)
- PrEP** – prophylaxie pré-exposition
- PRISMA-ScR** – extension PRISMA pour les études de la portée
- PTSD** – Syndrome de Stress Post-Traumatique
- PVVIH** – Personnes Vivant avec le VIH
- ECR** – Essai Clinique Randomisé
- SBQ-R** – Suicide Behaviors Questionnaire-Revised
- SEM** – Modélisation par Équations Structurelles
- TasP** – Treatment as Prevention
- TCA** – Troubles du Comportement Alimentaire
- TCC** – Thérapies Cognitivo-Comportementales
- TPE** – Traitement Post-Exposition
- ULS-8** – Ucla Loneliness Scale
- VHA** – Virus de l'Hépatite A
- VHB** – Virus de l'Hépatite B
- VHC** – Virus de l'Hépatite C
- VIH** – Virus de l'Immunodéficience Humaine

PARTIE I

CONTEXTE ET FONDEMENTS THÉO- RIQUES

CONTEXTUALISATION

Contenu du chapitre :

- 1.1 Population
 - 1.2 Infections sexuellement transmissibles
 - 1.3 Chemsex et consommation de substances
 - 1.4 Santé mentale
 - 1.5 Santé sociale et violence
 - 1.6 Enjeux et déroulement de la recherche
-

Les recherches épidémiologiques internationales documentent de manière extensive les disparités de santé touchant les hommes gays et bisexuels. Ces dernières demeurent toutefois sous-étudiées en Belgique francophone, ce qui limite tant notre compréhension du phénomène que notre capacité à y répondre de manière adéquate.

La thèse centrale du présent travail de recherche est que ces différentes inégalités ne constituent pas des éléments indépendants mais forment un ensemble complexe, mouvant et interactif se développant à partir d'un terrain social défavorable – c'est-à-dire, une syndémie. Saisir ce concept, qui sera développé en détail dans la Section 2.2, implique toutefois de d'abord documenter ces disparités.

Cette première partie introductive propose donc un double mouvement de contextualisation, dans le présent chapitre, et de conceptualisation, dans le Chapitre 2.

1.1 Population

La présente thèse porte sur la santé des hommes gays et bisexuels en Belgique francophone. Par hommes, nous entendons ici toute personne vivant actuellement en tant que tel, et non pas uniquement ceux qui ont été assignés ainsi à la naissance.

De fait, le présent travail porte tout autant sur la santé des hommes cisgenres (cis), que sur celle des hommes transgenres (trans), pourvu qu'ils appartiennent à une minorité sexuelle. Par souci de simplicité, nous parlerons d'Hommes appartenant à une Minorité Sexuelle (HMS) pour parler de ce groupe social en général. En outre, nous emploierons les termes «Hommes Cis appartenant à une Minorité Sexuelle (HCMS)» et «Hommes Trans appartenant à une Minorité Sexuelle (HTMS)» lorsque nous parlons plus spécifiquement de l'une de ces deux sous-populations. La Section 2.2.1 permettra d'éclairer le choix du vocabulaire utilisé dans le travail et les présupposés sur lesquels il s'appuie.

Avant de s'intéresser plus en avant aux disparités de santé qui touchent cette population et qui justifient la conduite du présent travail, il apparaît utile de présenter quelques considérations sur sa taille.

Les travaux de De Schrijver et al. (2022) nous permettent une première estimation de la population des HCMS en Belgique. Reposant sur un échantillon national représentatif de 4632 individus de 16 à 69 ans, cette enquête a mis en évidence que 9.35% des hommes belges cisgenres appartiennent à une minorité sexuelle. Les orientations sexuelles les plus fréquentes, hors hétérosexualité, étaient gays (3.78%) et bisexuel/pansexuel (4.52%). Aucune estimation de la population trans n'avait été faite dans cette étude.

En l'absence de données spécifique sur les HTMS, il sera d'abord nécessaire d'évaluer la taille de la population des hommes trans et puis, au sein de cette population, d'estimer la proportion d'individus appartenant à une minorité sexuelle. La première partie de cette question est déjà loin d'être triviale.

En effet, la taille de la population dépend directement du critère choisi pour la définir, entraînant des variations importantes dans les estimations, comme le montre le Tableau 1. Les études plus anciennes tendaient à prendre uniquement en compte les individus ayant réalisé une chirurgie génitale, donnant lieu à des estimations très basses, a fortiori pour les hommes trans, qui réalisaient moins fréquemment ces interventions. Ainsi, sur base de ce critère, De Cuyper et al. (2007) estiment la population des hommes trans à près de trois personnes pour 100 000 en Belgique.

A contrario, lorsque l'on choisit le critère d'auto-identification sur une population plus récente, les hommes trans représentent 0.6% des hommes belges (Van Hove, 2021). Ces chiffres sont cohérents avec les données internationales, qui montrent une proportion de 0.3% à 0.5% sur base du critère d'auto-identification dans la population adulte (Zhang et al., 2020). Enfin, 2.4% de la population française s'est déjà interrogée sur une possibilité de transitionner (Inserm, 2024).

Critère retenu	Estimation	Source
Réalisation d'une chirurgie génitale (Belgique, 1985-2003)	2.96/100 000	De Cuyper et al. (2007)
Initiation d'une quelconque démarche (France, 2023)	0.1%	Inserm (2024)
Auto-identification en tant que personne trans (Belgique, 2020)	0.6%	Van Hove (2021)
Avoir déjà pensé à changer de genre (France, 2023)	2.4%	Inserm (2024)

Tableau 1. – Estimations de la population trans, selon différents critères

Nous retiendrons ici le chiffre de 0.6%, car il s'agit du critère le plus large, n'imposant pas la réalisation d'une quelconque démarche, qu'elle soit administrative ou médicale, tout en étant plus concrète que la réflexion sur une transition potentielle.

Au sein de cette population, les chiffres nationaux les plus récents issus de l'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes (IEFH) nous indiquent que 46.7% des hommes trans sont attirés par des hommes (Arijs et al., 2025). Les HTMS sont donc à la fois rares et nombreux. Ils avoisineraient ainsi 0.3% de la population masculine belge, contre 9.35% pour les HCMS. Toutefois, par rapport aux hommes trans en général, les HTMS représentent une population particulièrement notable.

Réaliser une synthèse sur les disparités de santé des HMS présente certaines difficultés. D'une part, comme nous le reverrons dans le Chapitre 3 et l'élaborerons dans le Chapitre 6, il existe très peu de données spécifiques sur les HTMS (Ferlatte et al., 2020). En outre, pour des raisons de puissance statistique, les données sont souvent recoupées en grands groupes, effaçant ainsi les spécificités de chaque population. Plusieurs méta-analyses agrègent ainsi les données des lesbiennes, des gays, des bis et des trans sans proposer d'analyse par population (Marchi et al., 2023; 2025; Marshal et al., 2011). En outre, les études consacrées à la bisexualité agrègent souvent la bisexualité sans distinction de sexe, fusionnant ainsi les expériences des femmes bisexuelles et des hommes bisexuels (Marshal et al., 2011). Par ailleurs, les études sur les personnes trans tendent à agglomérer l'expérience des hommes et des femmes trans ou l'expérience des personnes trans avec celle des personnes non-binaires (Klinger et al., 2024; Mezza et al., 2024; Valentine & Shipherd, 2018).

Enfin, d'un point de vue géographique, la littérature est dominée par des recherches américaines, avec considérablement moins de ressources en Europe et, *a fortiori*, en Belgique.

Le résultat peut être vu comme un entonnoir. Il existe ainsi une abondance d'études présentant les disparités sexuelles des Minorités Sexuelles et de Genre (MSG), mais plus

on recherche de la granularité dans les données et plus il devient difficile de trouver des informations fiables et adaptées à notre contexte géographique.

Les sections suivantes présenteront un survol de la littérature qui privilégiera l'étendue à la profondeur. L'objectif est ainsi de contextualiser la santé des HCMS à travers un balayage large des disparités qui les touchent, mais chacun de ces sujets pouvant faire l'objet d'une thèse à part entière, une description approfondie dépasse le cadre de ce chapitre. De plus, bien qu'elles soient présentées indépendamment par souci de clarté, ces inégalités de santé sont interdépendantes, tant au sein d'un même domaine, qu'entre les différents domaines.

1.2 Infections sexuellement transmissibles

1.2.1 Le VIH

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et les autres Infections Sexuellement transmissibles (ISTs) font partie des disparités de santé les plus étudiées chez les HCMS.

En Belgique, les HCMS représentaient 44% des infections au VIH nouvellement diagnostiquées en 2024 (Deblonde et al., 2025). Parmi ces derniers, les HCMS de nationalité belge représentaient 56% des diagnostics en 2024. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 36.9 ans, soit une légère baisse par rapport à 2023 (37.8 ans).

Considérant 19 325 personnes en suivi médical pour le VIH et une estimation de 1224 personnes non diagnostiquées (Deblonde et al., 2025), la prévalence belge peut être estimée à 0.17%, pour une population de 11 825 551 habitants (Statbel, 2025a). Le rapport de Sciensano ne spécifie pas de prévalence spécifique pour les HCMS, mais précise un ratio H/F de 1.9 et 68% de rapports entre hommes parmi les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). On peut donc en déduire que 8610 infections à VIH concernent des HCMS, auxquelles se rajoutent 403 HCMS non diagnostiqués, selon les estimations de l'institut. En se basant sur une population masculine adulte de 5 830 022 personnes, dont 9.35% seraient des HCMS, on peut grossièrement estimer la prévalence à 1.65%. Selon la même logique, la prévalence chez les hommes cis hétérosexuels serait de 0.08%, soit 21 fois moindre.

Les HCMS continuent donc à représenter une proportion significative des nouveaux cas ainsi que de la population des PVVIH, malgré une diversification des profils ces dernières années. Ces mêmes données montrent en outre une utilisation importante des techniques de prévention dans ce groupe. En effet, les diagnostics tardifs ne concernent que 18% des HCMS belges et 20% des non-belges, soit une proportion largement inférieure aux autres populations, où elle fluctue entre 35% et 50%. Ils représentent en outre 95% des personnes consultant pour la prophylaxie pré-exposition (PrEP).

Aucun chiffre similaire n'existe pour les HTMS, ces derniers étant entièrement absents des chiffres de Sciensano. Dans l'enquête européenne EMIS de 2017 sur les HMS, 1.7% des HTMS avaient indiqué vivre avec le VIH, à comparer aux 10.5% des HCMS de la même étude (Hickson et al., 2020). Ces prévalences doivent être prises avec précaution, dans la mesure où, si 10% des HCMS belges vivaient réellement avec le VIH, ils représenteraient environ 55056 cas, soit 3x plus que l'ensemble des cas belges. La prévalence des HTMS est toutefois cohérente avec la littérature internationale. En effet, les méta-analyses retrouvent une prévalence du VIH se situant entre 2.56% (Stutterheim et al., 2021) et 3.2% (Becasen et al., 2019), chez les hommes trans, toute orientation confondue. Ils demeurent vraisemblablement supérieurs à ce que l'on retrouverait dans un pays à faible prévalence du VIH tel que la Belgique, mais sont la meilleure approximation disponible à ce jour.

Les quelques données comportementales sur les HTMS indiquent toutefois que ces derniers présentent des similitudes sur le plan de la prise de risque sexuel, notamment en termes de rapports anaux sans préservatif (Antebi-Gruszka et al., 2020). Ces comportements découlent notamment de difficultés accrues dans la négociation des pratiques de réduction des risques avec des partenaires masculins cis (Appenroth et al., 2022). Ainsi, Pignedoli & Rivest (2024) montrent, à partir de données françaises, que les HTMS peuvent être poussés à se conformer à certaines normes circulant au sein des communautés gays. Certains HCMS peuvent ainsi appuyer sur les craintes d'illégitimité de leur partenaire pour imposer des rapports sans préservatif. Ces données sont appuyées par l'étude de Reisner et al. (2019) sur 857 HTMS américains, dans laquelle un lien a été retrouvé entre subir de la stigmatisation de son partenaire cis et avoir des pratiques plus risquées.

En outre, la littérature montre une utilisation moindre de la PrEP (Appenroth et al., 2022; Pignedoli & Rivest, 2024; Reisner et al., 2019), un nombre plus restreint de partenaires occasionnels (Antebi-Gruszka et al., 2020; Appenroth et al., 2022) et des dépistages moins fréquents (Appenroth et al., 2022).

1.2.2 Hépatites virales et ISTs bactériennes

En dehors du VIH, on retrouve également une surexposition des HMS aux ISTs bactérienne ainsi qu'aux hépatites virales.

Les données de Sciensano montrent ainsi que les HCMS sont disproportionnellement représentés dans les nouveaux diagnostics d'ISTs (Lecompte et al., 2024). Ils constituent ainsi 55% des hommes diagnostiqués en 2023. Plus spécifiquement, ils sont particulièrement affectés par la gonorrhée et la syphilis, formant respectivement 64% et 78% des diagnostics posés dans le réseau de surveillance épidémiologique. La chlamydia semble moins fréquente, avec un tiers des diagnostics. Ces chiffres sont le reflet de la situation en Europe. À l'échelle européenne, les HCMS représentent en effet 58%, 72% et 20% des

nouveaux cas de gonorrhée, syphilis et chlamydia, respectivement (European Centre For Disease Prevention And Control, 2022a; 2022b; 2022c). Par-delà la question de la proportion des cas incidents, ces données montrent une tendance à la hausse pour ces trois ISTs, tant sur le plan de la Belgique que de l'Europe.

À notre connaissance, aucune donnée belge n'existe sur la prévalence des ISTs chez les HTMS. Cette paucité de données se retrouve également à l'international, comme le montre une revue de la littérature récente conduite par Van Gerwen et al. (2020). Dans cette dernière, sur les 25 études identifiées traitant de la prévalence des ISTs chez les personnes trans, seules neuf rapportaient des données sur les hommes trans, sans croisement avec leur sexualité. Dans celles-ci, la prévalence de la syphilis variait entre 0 et 4.2%, celle de la gonorrhée, entre 0 et 10.5%, et celle de la chlamydia, entre 1.2% et 11.1%. Sur le plan européen, on retiendra l'enquête de Wang et al. (2024) sur 20 pays européens. Bien que les données des hommes trans étaient mélangées à celles des femmes trans, ceux-ci représentaient 65% de l'échantillon. Les prévalences d'ISTs rapportées dans les 12 derniers mois étaient de 6.7% pour la syphilis, 15.6% pour la gonorrhée et 19.6% pour la chlamydia.

Concernant les hépatites, le Virus de l'Hépatite B (VHB) semble plus fréquent chez les HCMS belges par rapport au reste de l'UE, avec une prévalence dépassant les 2% (Bivegete et al., 2023). La littérature internationale démontre également que les HCMS vivant avec le VIH sont particulièrement affectés, avec des prévalences montant jusqu'à 9% (Shabil et al., 2024). Vis-à-vis du Virus de l'Hépatite C (VHC), sa séroprévalence est faible en Belgique de manière générale, ne dépassant pas le 0.2% chez les hommes (Litzroth et al., 2019) et les HCMS ne semblent pas représenter une exception, malgré le peu de données sur la transmission par voie sexuelle.

L'étude de Coessens et al. (2024) montrait à ce titre une prévalence de 0.3% sur un échantillon de 315 hommes fréquentant des lieux de consommation sexuelle commerciaux. Comme pour le VHB, l'infection au VHC est bien plus fréquente chez les HCMS vivant avec le VIH, atteignant 7.76% en Europe (Shabil et al., 2024).

Chez les HTMS, dans la revue de Van Gerwen et al. (2020), la seule étude sur le Virus de l'Hépatite A (VHA), retrouvait une prévalence de 0%, tandis que celle du VHB oscillait entre 0% et 4% et celle du VHC, entre 1% et 8%.

1.2.3 HPV et lésions précancéreuses

Enfin, les infections au papillomavirus humain (HPV) et les potentielles lésions précancéreuses subséquentes sont également plus fréquentes. Une méta-analyse sur 64 études montrait ainsi un taux de lésion anale de haut grade (HSIL+) de 11.3% chez les HCMS séronégatifs, montant à 22.4% chez ceux vivant avec le VIH (Wei et al., 2021). Concernant

les lésions orales à haut risque, les taux étaient de 9.1% chez les HCMS séronégatifs pour 16.5%, chez ceux vivant avec le VIH (Meites et al., 2022).

Une fois encore, les données sont plus difficiles à trouver pour les HTMS et se focalisent principalement sur les lésions cervicales. Deutsch et al. (2020) mettent ainsi en évidence 15.9% de lésions HPV à haut risque chez les hommes trans, montant à 30% pour ceux ayant pratiqué une pénétration vaginale réceptive dans les 12 derniers mois. En outre, un sous-dépistage du cancer cervical chez les hommes trans est fréquemment relevé dans la littérature médicale (Bernier & Atkinson, 2024; Cuq et al., 2024). Celui-ci est lié à une pluralité de facteurs, tels qu'un accueil inadéquat dans les services de gynécologie, un inconfort de l'examen lié à l'atrophie vaginale sous testostérone ou des réticences à la réalisation d'un examen gynécologique. Ainsi, une étude française de 2024 avait montré que seuls 26% des hommes trans de 25-65 ans avaient déjà fait un frottis et que, parmi ceux-ci, seuls 60% étaient à jour par rapport aux recommandations nationales (Cuq et al., 2024). Chez les HTMS belges, l'enquête de l'European Union Agency For Fundamental Rights (2024) montre un taux similaire de dépistage à vie, s'élevant à 22%, mais des taux encore plus faibles de dépistage régulier, seuls 8% en ayant eu un dans les cinq dernières années.

Condition	HTMS	HCMS	Belge	Sources
Hépatite B	0–4%	2% [†]	0.31%	Van Gerwen et al. (2020) Bivegete et al. (2023) d'Almeida et al. (2024)
Hépatite C	1–8%	0.3% [†]	0.2%	Van Gerwen et al. (2020) Coessens et al. (2024) Litzroth et al. (2019)
Lésions anales de haut grade	–	11.3%	–	Wei et al. (2021)
Lésions cervicales à haut risque	15.9–30%	–	–	Deutsch et al. (2020)
Lésions orales à haut risque	–	9.1%	–	Meites et al. (2022)
VIH	2.6% 3.2%	1.65% [†]	0.08%	Stutterheim et al. (2021) Becasen et al. (2019) Deblonde et al. (2025)

Légende : **Méta-analyses** ; [†]Belgique ; [‡]Europe.

Tableau 2. – Prévalences comparées des ISTs et lésions chroniques

1.3 Chemsex et consommation de substances

Le *chemsex* peut être défini comme l'usage de substances psychoactives lors de rapports sexuels entre hommes (Gérome et al., 2024). Ce phénomène se distingue d'autres formes de consommation par la combinaison de trois caractéristiques spécifiques : (1) les motivations derrière l'usage ; (2) les substances employées ; (3) les contextes de consommation (Gérome et al., 2024).

Sur le plan des motivations, l'usage de drogue peut viser à exacerber les sensations de plaisir ou à accroître les performances en prolongeant la durée des rapports ou en rendant possibles certaines pratiques (Gérome et al., 2024; Platteau et al., 2019). Par ailleurs, la recherche d'une forme de sociabilité et la levée des inhibitions liées à l'internalisation de pensées homophobes font également partie des raisons invoquées par les *chemsexers* (Gérome et al., 2024). Le *chemsex* est dès lors indissociable tant de la solitude accrue des HCMS (Berlingieri & Kovacic, 2025) que du besoin de créer, d'une manière ou d'une autre, du collectif et de l'intimité au sein d'une société néolibérale marquée par la mise en compétition des individus et l'effritement des lieux de socialisation gay (Hakim, 2018). Dans une étude qualitative ayant impliqué 43 HCMS belges, Sandrine Detandt (2024) a permis de montrer les tensions entre désir de plaisir et médicalisation des corps ainsi que les dynamiques sociales qui imprègnent ces pratiques. Le « droit à l'excès » (Detandt, 2024, p. 113) est ainsi contrebalancé tout autant qu'il est rendu possible par une médicalisation croissante des corps gays, se manifestant par l'usage de la PrEP, du Traitement Post-Exposition (TPE) et par la pratique de dépistages réguliers. L'autrice montre en outre la marchandisation des corps et du sexe en contexte de *chemsex*. Les produits peuvent ainsi servir de monnaie d'échange pour obtenir des rapports sexuels avec des partenaires qui seraient sinon restés inaccessibles en raison, par exemple, de leur âge ou de leur beauté physique. Le *chemsex* peut dès lors permettre de transcender les barrières établies par les nombreuses hiérarchies internes à la communauté gay, qu'elles soient basées sur la classe, la race sociale, l'âge ou le physique.

Les substances impliquées se centrent principalement sur les Nouveaux Produits de Synthèse (NPS), et plus spécifiquement sur les cathinones, ainsi que sur le GHB/GBL. Une étude belge de 2024 montre ainsi que ces substances sont consommées par 68% et 69% des *chemsexers*, respectivement (Platteau et al., 2025). La kétamine occupe également une place croissante depuis les années 2020, tandis que la cocaïne et l'ecstasy/MDMA demeurent au second plan (Gérome et al., 2024). Par ailleurs, le développement des pratiques d'injection de substances, reprises sous le vocable de *slam* ou de *slamming*, constitue un des changements marquants de la fin des années 2010, lié à une augmentation relative de son acceptation (Gérome et al., 2024).

Enfin, les rencontres se reposent principalement sur les applications de rencontre en ligne et les *sex parties* s'organisent majoritairement au domicile ou dans des habitations louées pour l'occasion plutôt que dans des espaces festifs commerciaux.

Cet ensemble de caractéristiques permet ainsi de distinguer le *chemsex* des autres formes de consommation de substances en contexte sexuel, expliquant que l'usage du terme se limite aux pratiques entre hommes. Une méta-analyse de 2024 suggère une prévalence européenne de 16% pour le *chemsex* (Coronado-Muñoz et al., 2024). Ces données sont cohérentes avec l'enquête EMIS de 2017, qui avait retrouvé une prévalence de 15% en Europe et une pratique du *chemsex* plus fréquente en Belgique par rapport aux autres pays européens, atteignant 18.2% (Vanden Berghe et al., 2021; Weatherburn et al., 2019). Le *chemsex*, s'il reste donc un phénomène minoritaire, n'en est pas rare pour autant et semblerait plus répandu en Belgique, bien que les dernières données publiées commencent à dater.

Comme souvent, peu de données sont disponibles sur les HTMS. Une revue systématique de 2021 avait souligné l'absence totale d'étude sur les HTMS dans leur échantillon (Hibbert et al., 2021) tandis que la méta-analyse de Coronado-Muñoz et al. (2024) et les revues systématiques de Tomkins et al. (2019) et de Brunt et al. (2025) ne mentionnent même pas leur existence. Aucune raison ne semble pourtant laisser supposer que les pratiques de *chemsex* seraient absentes chez les HTMS. En effet, les motivations liées à la recherche de plaisir, à la désinhibition ou à la sociabilité ont tout autant de raison d'être. En outre, le dépassement des discriminations et pressions sociales permis par le *chemsex* (Detandt, 2024) pourrait représenter une motivation substantielle chez les HTMS. Cela étant dit, les seuls chiffres que nous avons pu trouver en Europe sont ceux de Hickson et al. (2020), lesquels montrent une pratique du *chemsex* chez 2.5% des HTMS.

Il importe de préciser que la pratique du *chemsex* n'est pas nécessairement problématique. Les chiffres de Platteau et al. (2025) montrent en effet que, sur les 836 *chemsexers* belges interrogés, seul un tiers (36.1%) ont une consommation qui impacte négativement leur santé, leur vie professionnelle ou leur vie sociale.

Toutefois, le *chemsex* expose assez fréquemment à des pratiques sexuelles non protégées ainsi qu'à l'acquisition d'ISTs dont le VIH (Hibbert et al., 2021; Tomkins et al., 2019).

En outre, malgré des pratiques d'autorégulation fortes chez les *chemsexers*, se manifestant par une limitation auto-imposée des types de produits consommés, des modalités d'usages ou de la fréquence des sessions (Detandt, 2024; Gérome et al., 2024), une partie des *chemsexers* finit par développer un trouble de l'usage des substances. Cette dépendance peut mener à son tour à des dégâts psychosociaux significatifs, marqués par une dégradation des relations sociales et familiales, des difficultés professionnelles pouvant aller jusqu'à la perte de l'emploi, ou une pratique sexuelle devenant indissociable du *chemsex* (Gérome et al., 2024; Platteau et al., 2019). Ainsi, 25.2% des *chemsexers* belges ont des rapports

majoritairement ou exclusivement sous substances (Platteau et al., 2025). Ces pratiques problématiques sont également associées à une majoration du risque d'idéation suicidaire, de dépression et d'anxiété (Brunt et al., 2025). Enfin, la question du consentement sexuel mérite d'être soulevée. La pratique du *chemsex* peut effectivement exposer à des risques accrus d'agression sexuelle, tout particulièrement lors des *G-holes*, des pertes de connaissance liées aux surdoses de GHB/GBL (Detandt, 2024; Gérôme et al., 2024).

Platteau et al. (2019) décrivent ainsi un parcours potentiel menant à la pratique du *chemsex* puis, éventuellement, à une perte de contrôle vis-à-vis de cette dernière.

Dans ce modèle, la solitude et le sentiment de vide, découlant de difficultés actuelles ou dans l'histoire de vie, mènent à une recherche de connexion sociale à travers la sexualité, laquelle ne permet pas toujours de combler la solitude. Vu la relative permissivité vis-à-vis des produits psychoactifs au sein de la communauté gay, l'introduction aux *chems* peut être assez rapide et permet d'augmenter le plaisir, la connexion émotionnelle et de lever les inhibitions. Au fil du temps, une partie des *chemsexers* peut développer des comportements addictifs, menant à une augmentation de la fréquence, à une perte de contrôle et à une dégradation des relations amicales, familiales ou du statut professionnel. La seule source de plaisir qui subsiste alors réside dans la pratique du *chemsex*, accentuant la spirale de perte de contrôle et de désespoir et menant à un désintérêt vis-à-vis de sa propre santé. S'ensuivent les impacts négatifs décrits plus haut, tant sur la santé sociale que mentale et physique.

En dehors du *chemsex*, la consommation de substances, alcool y compris, est plus fréquente chez les HCMS que chez les hommes hétérosexuels, de même que les troubles liés (Substance Abuse And Mental Health Services Administration, 2023). Les hommes bisexuels cis sont particulièrement concernés par cette disparité. Les quelques chiffres belges montrent une consommation d'alcool à risque chez 17.9% des HCMS (Vanden Berghe et al., 2021), à comparer aux 9.5% des hommes belges en général (Sciensano, 2025a).

On retrouve en outre une consommation fréquente de substances psychoactives dans les 12 derniers mois, avec notamment une consommation de cocaïne, de kétamine, d'amphétamines et de métamphétamine chez respectivement 13.3%, 7.9%, 6.9% et 5.6% des répondants dans les 12 derniers mois (Vanden Berghe et al., 2021). Par comparaison, en 2018, 2.6%, 0.7%, 0.8% et 0.2% des hommes belges avaient consommé une de ces substances dans les 12 derniers mois (Gisle & Drieskens, 2019). De plus, 8.8% des participants ont indiqué être inquiets par leur consommation (Vanden Berghe et al., 2021).

Les hommes trans en général ont également une consommation de substances supérieure à celle des hommes cis (Connolly & Gilchrist, 2020) et des données préliminaires suggèrent que cette consommation serait davantage accrue chez les HTMS par rapport aux hommes trans hétérosexuels (Gonzalez et al., 2017). Au niveau européen, les données de Hickson et al. (2020) montraient en outre une consommation à risque d'alcool chez 25.2% des HTMS,

à mettre en relation avec les 18.3% pour les HCMS à l'échelle européenne, et les 17.9% susmentionnés pour la Belgique.

1.4 Santé mentale

De manière générale, la littérature met en exergue une prévalence accrue de disparités de santé mentale chez MSG dans leur ensemble. Marchi et al. (2025) ont ainsi réalisé une méta-analyse en réseau basée sur 20 revues systématiques de la littérature. Leurs résultats montrent une association entre ce statut minoritaire et des taux plus importants de trouble dépressif majeur, de trouble anxieux, de trouble de l'usage de substances, de Troubles du Comportement Alimentaire (TCA), de Syndrome de Stress Post-Traumatique (PTSD) ainsi que d'idéations et de comportements suicidaires. Les personnes bisexuelles et trans étaient les plus exposées, gardant à l'esprit les remarques préliminaires sur l'absence de désagrégation par genre. Ces résultats sont en outre confirmés par une méta-analyse basée sur des données populationnelles, présentant les mêmes limites en termes de manque de granularité (Wittgens et al., 2022).

En ce qui concerne les troubles de l'humeur, on retrouve, chez les HCMS, une prévalence globale de 35% pour la dépression, basée sur 71 études, et une prévalence de 26% en Europe, basée sur 8 études (Nouri et al., 2022).

Les estimations des troubles anxieux chez les HCMS sont très variables (Yang et al., 2023) et la seule méta-analyse disponible concerne la population chinoise, qui retrouve une prévalence de 32.2% (Wei et al., 2020).

Aucune donnée méta-analytique n'existe pour les HTMS, mais les chiffres de Hickson et al. (2020) montrent une prévalence de 21.1% pour les troubles anxio-dépressifs sévères. L'étude de Reisner et al. (2020) retrouve quant à elle une anxiété sévère chez 14.7% des HTMS. En outre, 51% des HTMS belges de la III^e enquête européenne sur les MSG ont répondu s'être senti déprimés au moins la moitié du temps dans les deux dernières semaines (European Union Agency For Fundamental Rights, 2024). Concernant les hommes trans, toutes sexualités confondues, la prévalence globale de troubles anxieux est estimée à 44%, sur base de 27 études (Teles et al., 2025). Aucune méta-analyse n'a été retrouvée pour la prévalence de la dépression chez les hommes trans spécifiquement, mais, dans la revue systématique de Pinna et al. (2022), les prévalences oscillaient entre 15.6% et 68.6%, avec une grande variabilité méthodologique.

Les idéations et comportements suicidaires, que nous regrouperons sous le terme de «suicidalité», sont également plus fréquents chez les HCMS, 28% ayant une histoire de suicidalité (Marshall et al., 2011). Des données plus récentes confirment cette suicidalité accrue, avec une prévalence de 21% d'idéation suicidaire et de 12% de tentatives de suicide (Nouri et al., 2023).

62% des HTMS belges de l'enquête de l'European Union Agency For Fundamental Rights (2024) avaient pensé au suicide dans les 12 derniers mois et 44% avaient déjà tenté de le faire au cours de leur vie. Ces chiffres sont particulièrement élevés, par rapport aux hommes trans en général. De fait, la méta-analyse de Kohnepoushi et al. (2023) indiquait une prévalence poolée de 40% pour les idées suicidaires dans l'année écoulée et de 22% pour les tentatives de suicide. Ce différentiel pourrait provenir soit d'un manque de représentativité de l'échantillon comme il pourrait signaler une suicidalité accrue liée au double statut minoritaire des HTMS par rapport aux hommes trans en général. Dans la même enquête européenne, 32% et 17% des HCMS belges avaient respectivement eu des idées suicidaires dans l'année écoulée ou déjà essayé de se suicider. Ces chiffres dépassent aussi les estimations méta-analytiques sus-mentionnées, quoique dans une moindre mesure que pour les HTMS.

Pour donner un ordre de grandeur, en octobre 2024, 8.5% de la population belge avait eu des idées suicidaires endéans l'an (Duveau et al., 2025) et, en 2018, 3.1% des hommes belges avaient déjà essayé de se suicider (Sciensano, 2025b).

Les TCA, bien qu'ils soient généralement perçus comme un ensemble de maladies affectant les jeunes femmes, sont également plus fréquents chez les HMS que chez les hommes hétérosexuels cis (Tempia Valenta et al., 2024). Ces disparités sont, entre autres, liées à des degrés plus forts d'insatisfaction sur le physique, favorisée par les normes corporelles en vigueur au sein de la communauté et les dynamiques d'objectification fréquemment rencontrées (Ganson et al., 2025; Nagata et al., 2020a). Les comportements alimentaires en question concernent ainsi tant les comportements restrictifs, de purge, que l'hyperphagie et l'exercice excessif en vue d'accroître la musculation (Nagata et al., 2020a).

En l'absence de données spécifiques sur les HTMS, signalons que les hommes trans ont plus fréquemment des comportements purgatifs que les hommes cis, ont davantage de comportements restrictifs que les femmes cis et s'adonnent à davantage d'exercices de force en vue d'accroître leur musculation que les deux groupes (Campbell et al., 2024). Les comportements visant à majorer la masse musculaire sont ainsi comparables à ceux des HCMS dans leur volonté d'atteindre un certain idéal physique masculin. On peut dès lors supposer que, étant exposés à des cercles sociaux et sexuels où ces normes sont d'autant plus fortes, les HTMS pourraient avoir un taux accru de TCA par rapport aux hommes trans hétérosexuels.

Pour les hommes trans n'ayant pas accès aux traitements hormonaux, la volonté d'induire une aménorrhée par restriction calorique ou d'effacer une répartition des graisses perçue comme féminine peut également contribuer à la survenue de certains comportements restrictifs, lesquels ne disparaissent pas nécessairement à l'instauration d'un traitement hormonal (Campbell et al., 2024; Nagata et al., 2020b).

Condition	HTMS	HCMS	Belge	Sources
Dépression	51% [†]	35% 26% [‡]	–	European Union Agency For Fundamental Rights (2024) Nouri et al. (2022)
Idéation suicidaire (12 mois)	62% [†]	21% 32% [†]	8.5%	European Union Agency For Fundamental Rights (2024) Nouri et al. (2023) Duveau et al. (2025)
Tentatives de suicide (à vie)	44% [†]	12% 17% [†]	3.1%	European Union Agency For Fundamental Rights (2024) Nouri et al. (2023) Sciensano (2025b)
Troubles anxieux	HT : 44%	32.2%	–	Teles et al. (2025) Wei et al. (2020)

Légende : **Méta-analyses** ; [†]Belgique ; [‡]Europe.

Tableau 3. – Prévalences comparées des troubles psychiques

1.5 Santé sociale et violence

Enfin, les questions de PTSD susmentionnées, de même que l'ensemble des disparités de santé évoquées dans ce chapitre, sont inextricables d'une surexposition à la violence chez les HMS. En effet, tant les violences verbales, physiques et sexuelles, s'exerçant aussi bien dans la sphère familiale, conjugale, scolaire que publique, sont plus fréquemment rencontrées.

En ce qui concerne la vie publique, les chiffres d'UNIA (2024), le Centre interfédéral pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et les discriminations, permettent d'éclairer la situation belge, tout en gardant à l'esprit l'important sous-signalment des actes délictueux. En 2024, 85 dossiers ont ainsi été ouverts pour des hommes pour motifs liés à l'orientation sexuelle. UNIA distingue trois types de « comportements interdits » : (1) la discrimination ; (2) les discours de haine et (3) les délits de haine (p. ex. homicide, harcèlement, coups et blessures ou dégradations). De manière notable, alors que ces actes représentent respectivement 73%, 18% et 9% des dossiers, tous critères confondus, leur proportion est significativement différente lorsque le dossier a trait à l'orientation sexuelle.

Ainsi, la discrimination ne représente plus que 28% des plaintes, contre 38% pour les discours de haine et 35% pour les actes de haine.

Plus précisément, la majorité (58%) des cas de discrimination concernaient l'intimidation, 53% des cas de discours de haine concernaient les menaces et insultes, et 36% des actes de haine concernaient les coups et blessures.

La violence tend donc, comparativement à d'autres critères de discrimination, à s'exercer dans la sphère publique et à se manifester par des agressions verbales et physiques ainsi que par du harcèlement. Une des limites de ces données est la division institutionnelle des motifs de discrimination. De fait, alors qu'UNIA se charge de la plupart des critères de discrimination couverts par la loi belge, c'est l'IEFH qui se charge des signalements liés au genre, y compris ceux liés à des comportements transphobes. Cette division, et la difficulté à signaler plus d'un motif de discrimination à la fois, empêche d'obtenir des chiffres spécifiques sur les HTMS, alors que 61.3% des personnes trans belges signalent avoir été discriminées en raison de leur orientation sexuelle dans les deux dernières années (Arijs et al., 2025). Les chiffres de l'European Union Agency For Fundamental Rights (2024) permettent toutefois de combler partiellement ce vide. Ainsi, 66% des HTMS belges se sont sentis discriminés dans les 12 derniers mois, contre 29% des HCMS. En outre, seuls 19% des HTMS et 11% des HCMS ont signalé le dernier incident à une autorité. Par ailleurs, 7% des HCMS et 14% des HTMS belges ont rapporté une agression physique ou sexuelle liée à leur statut minoritaire dans les 12 derniers mois.

Sur le plan intrafamilial, le rapport français du Défenseur des Droits montre une surexposition à la violence intrafamiliale chez les HCMS. Ainsi, 8.8% des gays et 9.7% des bis cis ont subi des humiliations, insultes et critiques de la part d'un membre de la famille, contre 3.5% des hommes hétérosexuels cis. La même dynamique opère pour les violences physiques avec 11.9% des jeunes gays cis qui ont subi des coups contre 8.8% des bis cis et 6% des hétérosexuels cis. Cette surexposition à la violence intrafamiliale se retrouve également chez les hommes trans. La revue systématique de Di Fini et al. (2025), basée sur 42 études dont six Européennes, a ainsi montré que la violence physique dans l'enfance s'exerçait généralement au niveau intrafamilial plutôt qu'extrafamilial, avec 24.8% des hommes trans concernés. Ces violences intrafamiliales peuvent être la conséquence de pressions exercées sur les jeunes pour qu'ils modifient leur expression de genre ou renoncent à transitionner.

Les violences sexuelles dans l'enfance sont également plus fréquentes, avec 6% des jeunes gays cis et 5.4% des jeunes bis cis qui ont déjà subi des attouchements ou un rapport sexuel non consenti de la part d'un membre de la famille ou d'un proche, contre 0.5% des hommes hétérosexuels cis (Hamel, 2020). La méta-analyse de Xu & Zheng (2015) a quant à elle retrouvé une prévalence de 22.2% pour les violences sexuelles dans l'enfance chez les HCMS. Peu de données sont disponibles chez les HTMS. Scheim et al. (2017) ont retrouvé une prévalence de 58.6% d'abus sexuel dans l'enfance chez 158 HTMS canadiens tandis

que Reisner et al. (2016) retrouve 49.7% d'abus physiques ou sexuels dans l'enfance sur 173 répondants américains.

La non-conformité de genre dans l'enfance est généralement comprise comme représentant une cause centrale de la surexposition à la violence, y compris sexuelle des HMS (Scheim et al., 2017; Thoma et al., 2021a). En effet, les HMS qui se situent visiblement en dehors des normes de genre, y compris à un âge où les comportements sexuels ne sont pas encore apparents, peuvent se retrouver épinglés et stigmatisés pour cette raison. Cela peut ainsi mener à des violences de la part du milieu familial ou des proches, en vue de « corriger » ce qui est perçu comme une déviance. Par ailleurs, la violence intrafamiliale constitue un facteur de risque d'agression sexuelle plus tard dans la vie (Bos et al., 2019).

La violence entre partenaires représente un autre problème fréquent chez les HMS. La méta-analyse de Liu et al. (2021) met en évidence une prévalence de 33% pour la violence subie chez les HCMS, sur base de 52 études totalisant 32 048 participants. Celle-ci est majoritairement émotionnelle (33%), puis physique (17%) et sexuelle (9%). Des taux similaires se retrouvent pour la perpétration, avec 29% qui ont déjà commis une forme de violence sur leur partenaire (violence émotionnelle, physique et sexuelle dans 41%, 12% et 4% des cas, respectivement). Bien que la violence entre partenaires présente de nombreuses similitudes par rapport aux couples hétérosexuels, certaines spécificités méritent d'être relevées dans les couples gays comme le souligne la revue de Callan et al. (2021). Le *stalking*, qui consiste à suivre, surveiller et multiplier les contacts non sollicités, serait ainsi plus fréquent. Le *outing*, soit la divulgation de l'orientation sexuelle, peut aussi servir d'outil de coercition, que ce soit en forçant la divulgation ou en la réprimant. Un homme au placard peut ainsi se montrer contrôlant vis-à-vis de son compagnon en vue de maintenir le secret. *A contrario*, le secret autour de l'orientation sexuelle peut constituer pour l'autre partenaire une manière de gagner du pouvoir et d'exercer du contrôle, notamment au travers de menaces de divulgation aux proches.

Des constats similaires s'opèrent pour les hommes trans en général, avec une prépondérance des violences psychologiques (44.7%) et physiques (44.3%) dans un échantillon représentatif de 7 258 hommes trans américains (King et al., 2021). Les violences sexuelles (21.3%) et le *stalking* (19.2%) étaient également fréquents. De la même manière que l'orientation sexuelle peut conduire à des formes spécifiques de violence entre partenaires, il existe des formes propres à celle-ci chez les personnes trans, qui se retrouvaient chez 32.5% des hommes de l'étude. On peut ainsi énumérer les menaces de *outing*, l'abus émotionnel en vue de majorer la dysphorie, la restriction de l'accès aux soins d'affirmation de genre ou aux vêtements, la fétichisation, les pressions à participer à certains actes sexuels pour prouver sa légitimité dans son genre, comme évoqué plus haut, ou la privation des ressources communautaires (Cook-Daniels, 2015; King et al., 2021). Notons en outre qu'une méta-analyse comparant les taux de violence entre partenaires entre personnes cis et trans a retrouvé un risque doublé de violence physique et 2.5 fois plus élevé de violences sexuelles pour ces

dernières, sans différence entre les hommes et les femmes trans (Peitzmeier et al., 2020). Toutefois, les chiffres de Ferlatte et al. (2020) ne s'alignent pas avec ces résultats, montrant des taux similaires, et plus bas que dans le reste de la littérature entre 7439 HCMS (12,8%) et 209 HTMS (14.8%) canadiens.

Enfin, les chiffres belges sur les violences sexuelles sont cohérents avec la surreprésentation des MSG observée dans la littérature (Keygnaert et al., 2021). Toutefois, les données n'ont pas été désagrégées par genre et la majorité des répondants était des femmes bisexuelles, ce qui limite l'interprétation des données pour la population qui nous occupe ici. L'étude mixte belge de De Schrijver et al. (2025), si elle reproduit la même lacune dans son versant quantitatif, permet toutefois d'apporter quelques informations intéressantes dans son versant qualitatif. Ainsi les HMS de l'étude décrivent des barrières supplémentaires au signalement des agressions sexuelles, liées à une anticipation négative de la réponse des autorités, telles que ne pas les croire, en tant qu'homme victime d'agression, ne pas comprendre les enjeux des HMS, ou se montrer indélicat, voire discriminant. D'autres barrières interpersonnelles, telles que l'absence de réseau de soutien, la crainte de causer des problèmes au sein du réseau social existant ont également été mises en évidence, de même qu'un obstacle supplémentaire pour ceux qui ne sont pas *out*. Enfin, un sentiment de loyauté ou une crainte de stigmatiser sa propre communauté pouvaient également les décourager à chercher de l'aide.

1.6 Enjeux et déroulement de la recherche

Une des particularités de cette recherche est qu'elle ne se fonde pas sur une maladie bien délimitée, mais sur un ensemble large, divers et multifactoriel de problématiques affectant de manière disproportionnée un groupe social particulier.

Cette spécificité nécessite de s'intéresser à la fois aux causes et mécanismes de cette agrégation ainsi qu'aux interactions que ces problématiques entretiennent entre elles. Ces différents éléments seront développés dans le Chapitre 2 et permettront de définir notre approche spécifique, l'approche syndémique, ainsi que de justifier son choix.

Une fois ceci posé, la question qui demeure sera de savoir comment étudier la santé des HMS au prisme de la syndémie. Pour répondre à cette première interrogation, la partie empirique s'ouvrira sur une revue extensive de la littérature scientifique dans le Chapitre 3 afin d'établir les grandes tendances, mais également les lacunes de la recherche sur les syndémies affectant les HMS. La visée de cette étude sera tant de nous inspirer de ce qui fonctionne que d'éviter de reproduire les manquements identifiés.

Toutefois, la santé des HMS demeurant sous-étudiée en Belgique francophone, *a fortiori* au travers de notre cadre analytique, une transposition directe des travaux réalisés à

l'international pourrait n'avoir qu'une portée heuristique limitée. Nous avons donc consulté des HMS impliqués dans des associations communautaires afin de les consulter sur leurs priorités concernant leur propre santé et celles de leurs bénéficiaires. Pour ce faire, nous avons employé une méthode Delphi afin de tenter de dégager un consensus sur les variables que nous devrions cibler.

Sur cette base, nous avons alors mené une enquête quantitative, dans le Chapitre 5, en vue de déceler l'existence d'une syndémie chez les HMS belges francophones et de décrire ses constituants et mécanismes.

Cette thèse s'articule donc autour de plusieurs questions de recherche en fonction des chapitres empiriques considérés, portant tant sur la méthodologie générale de l'étude des syndémies que des priorités des HMS ou de la description d'une syndémie. Néanmoins, l'essentiel de ces questions peuvent être résumés de la sorte : que se passe-t-il et que peut-on y faire ?

CADRE CONCEPTUEL

Contenu du chapitre :

- 2.1 Généalogie des catégories
 - 2.2 Vers une approche sociale de la santé
 - 2.3 Synthèse
-

Le Chapitre 1 a documenté l'ampleur des disparités de santé affectant les hommes gays et bisexuels. Comprendre la nature de ces disparités exige toutefois de dépasser la simple énumération pour interroger les catégories mêmes qui structurent notre objet de recherche.

Le présent chapitre a donc pour objectif d'apporter des éclaircissements théoriques sur la manière d'appréhender la population qui sera au centre du présent travail et la conceptualisation de la santé des populations minorisées.

La première question qui nous occupera sera celle de la genèse des catégories étudiées. Plutôt que de se contenter de définitions, la Section 2.1 de ce chapitre cherchera à historiciser les termes afin d'explicitier les choix qui seront opérés.

2.1 Généalogie des catégories

Les termes gays, bisexuels et trans jouissent d'une reconnaissance publique qui a pu permettre de faire l'économie d'une définition dans le Chapitre 1. Il s'agit de mots qui appartiennent désormais au langage courant – *a fortiori* pour les deux premiers – et qui s'accompagnent de représentations intuitives.

Il serait pourtant simpliste de s'appuyer sur ces représentations préexistantes sans chercher à complexifier davantage ces catégories. Ce mouvement de complexification conceptuelle passe notamment par l'esquisse de leur généalogie. Plus qu'un simple exercice intellectuel, ce travail d'historicisation est nécessaire à deux niveaux. Premièrement, il permet de mon-

trer que, derrière l'aura d'évidence qui les entoure, ces termes sont construits socialement et s'inscrivent dans une histoire et un contexte donnés. Deuxièmement – et de manière cruciale pour ce travail – il permet de mettre en avant le rôle qu'a joué la médecine dans la construction de ces catégories et de leur perception par la société.

2.1.1 Les hommes viennent de mars, les homosexuels viennent d'Uranus

Juriste et figure pionnière de la modernité sexuelle, Karl Heinrich Ulrichs fut le premier à façonner un lexique destiné à décrire, sans jugement, la diversité des formes d'attirance sexuelle et romantique (Leck, 2016).



Fig. 1. – Portrait de Karl Heinrich Ulrichs reproduit de Wissenschaftlich-Humanitäres Komitee (1899, p. 36)

Jusqu'alors, les seuls vocables qui existaient pour évoquer l'homosexualité masculine portaient la marque du stigmaté et du péché.

On retrouvait notamment «pédéraste» et «sodomite», qui renvoyaient l'homosexualité à une chose perverse, immorale, criminelle et contre nature (Leck, 2016).

Le terme le plus neutre, avant Ulrichs, était celui de *Männerliebe* (amour entre hommes), développé par Heinrich Hössli en 1830 (Leck, 2016).

La première apparition de son lexique peut être retracée à 1862, dans une lettre destinée à sa famille pour expliquer sa sexualité (Leck, 2016).

Il emploie alors le terme *Urning*, parfois traduit en français comme «Uranien» pour décrire ce que l'on nommerait aujourd'hui des hommes homosexuels, et le terme *Dioning*, pour les hommes hétérosexuels. Il a en outre créé les équivalents féminins, *Urningin* et *Dioningin*, pour décrire respectivement les femmes homosexuelles et hétérosexuelles. Enfin, en hybridant ses propres créations linguistiques, il crée l'*Uranodioning* et l'*Uranodioningin*, soit les hommes et les femmes bisexuelles.

Sa conception initiale de l'homosexualité est celle d'un «troisième sexe», d'une essence féminine dans un corps masculin (Leck, 2016). Cette conception, inspirée par sa propre subjectivité, qu'il tente d'universaliser pour en faire l'archétype de l'homosexualité, s'étoffera au fil de ses réflexions et de la collecte de témoignages qu'il recevra et analysera. Ainsi Leck (2016) note qu'il reconnaîtra l'existence d'*Urnings* masculins en 1864 et que

sa classification continuera à s'étoffer dans « *Formatrix* »: *anthropologische Studien über urnische Liebe*, publié en 1865 et dans « *Memmon* »: *die Geschlechtsnatur des mannliebenden Urnings*, en 1868.

Si ces conceptions peuvent nous sembler désuètes à de nombreux égards, il est important de souligner ici la radicalité de sa proposition, que Leck (2016, p. 41) qualifie d'« épistémologie entièrement neuve de la sexualité humaine », dont la caractéristique principale était de considérer que « la collecte des connaissances sur la diversité naturelle doit précéder la classification morale » (Leck, 2016, p. 44). Cette entreprise de classification et de naturalisation – c'est-à-dire d'inscription dans l'ordre naturel plutôt que dans le registre de la pathologie ou de la déviance morale – ne s'arrêtera pas à l'homosexualité. Elle englobera également la bisexualité ainsi que la diversité morphologique des intersexes, qu'il regroupera sous le vocable *Zwischenstufen*, ou « intermédiaires sexuels », qui sera repris ultérieurement par Magnus Hirschfeld (Leck, 2016).

Karl-Maria Kertbeny, camarade d'Ulrichs dans la lutte contre la pénalisation de l'homosexualité, publiera deux tracts sur la libération sexuelle en 1869, utilisant pour la première fois le terme « homosexuel » (Chauvin & Lerch, 2016; Leck, 2016). Bien que les deux partageaient une vision commune de l'homosexualité comme un fait naturel ne devant pas subir de répression judiciaire, « homosexuel » et *Urning* connaîtront des usages radicalement différents.

2.1.2 Hirschfeld, les intermédiaires sexuels et le paradigme transvestite

Cette épistémologie inspirera grandement les travaux du médecin allemand Magnus Hirschfeld, qui reprendra nombre des concepts d'Ulrichs et structurera sa pensée autour de son concept d'intermédiaires sexuels (Leck, 2016). Il restera en outre attaché à son vocabulaire, rejetant le terme d'homosexualité et lui préférant les néologismes d'Ulrichs (Leck, 2016).

L'aspect novateur de cette approche peut être résumé, comme le souligne Leck (2016) par le passage du qualitatif au quantitatif. En effet, à la place de différences qualitatives entre deux natures séparées – hommes et femmes – Hirschfeld considérait une infinité de variations entre les idéaux types de l'homme masculin et de la femme féminine.



Fig. 2. – Magnus Hirschfeld (1928), tiré de Djajic-Horváth (2025)

Préfigurant des approches comme celle d'Alfred Kinsey, cette conceptualisation de la sexualité humaine permettait de sortir de « la binarité moralisatrice entre sexualité naturelle et sexualité contre nature » pour la remplacer « par la distinction quantitative entre des sexualités majoritaires et minoritaires » (Leck, 2016, p. 45). Cette conception de la sexualité et du genre/sexe comme un spectre déterminé par des positions majoritaires et minoritaires, bien qu'elle ait plus d'un siècle, s'avère remarquablement proche de nos conceptions contemporaines.

Cette vision avant-gardiste conduira Hirschfeld à développer en 1910 le premier paradigme occidental permettant de penser le changement de sexe : le « paradigme transvestite » (Clochec, 2023a). Définissant le transvestisme comme « le besoin psychique de se présenter dans le costume, le comportement et les habitudes de l'autre sexe » (Hirschfeld (1910), tel que cité par Clochec (2023a, p. 92)), il sera le premier à proposer de reconnaître le bienfondé de la demande plutôt qu'à chercher à faire disparaître une requête perçue comme délirante (Clochec, 2023a). Ce faisant, il s'opposera aux autres théories de l'époque qui voyaient dans le fait d'être trans un trouble psychique grave recoupe notamment sous le vocable de « métamorphose sexuelle paranoïde » par Krafft-Ebing ou de « pulsion d'inversion sexuelle » par Max Marcuse (Clochec, 2023a). Il distinguera également le transvestisme de la sexualité – à la différence de Krafft-Ebing, qui y voyait une forme d'homosexualité –, du fétichisme et du masochisme (Clochec, 2023a).

La naturalisation du transvestisme permise par le cadre analytique de l'intermédialité sexuelle implique l'abandon des mesures correctrices. En effet, s'agissant d'une tendance naturelle, Hirschfeld considère qu'il est vain de chercher à la soigner par la psychothérapie ou la psychanalyse (Clochec, 2023a). Partant de ce postulat, il sera donc le premier à organiser des chirurgies de réassignation sexuelles dans les années 1920, profitant des progrès chirurgicaux entraînés par la Première Guerre mondiale (Clochec, 2023a). Ses travaux seront toutefois violemment interrompus par le sac de son Institut de Sexologie par le régime nazi en 1933 (Clochec, 2023a).

2.1.3 Psychopathia Trans/sexualis

Nous disions dans le Section 2.1.1 que « homosexuel » et *Urning* allaient connaître des destinées différentes, malgré une intentionnalité similaire derrière la création de ces termes. Un des artisans majeurs de cette divergence sera le psychiatre allemand Richard von Krafft-Ebing qui sera l'un des premiers à proposer une théorisation de l'homosexualité en tant que pathologie (Drescher, 2015). Ce dernier l'a décrite comme un trouble dégénératif en 1886 dans son *Psychopathia Sexualis*. Ce faisant, il a repris la nomenclature de Kerbeny, mais l'a dépouillée de son interprétation de l'homosexualité comme une variation naturelle. Inspiré par le prisme darwinien, Krafft-Ebing considérait en effet que toute activité sexuelle non procréative, y compris la masturbation, constituait une forme de psychopathologie (Drescher, 2015). Là où Ulrichs et Hirschfeld sortaient l'homosexualité du péché et du crime pour la constituer en faits naturels, Krafft-Ebing ne la sortira des confessionnaux et tribunaux que pour la placer à l'asile. Malheureusement, ses travaux auront une influence majeure tant dans la dissémination du concept d'homosexualité que dans sa conceptualisation pathologisante (Drescher, 2015).

Drescher (2015) établit ainsi une typologie de la perception moderne de l'homosexualité, qu'il divise en trois catégories : (1) les théorisations de la pathologie ; (2) les théorisations de l'immaturité ; (3) les théorisations de la variation. Les premières voient l'homosexualité comme une déviance par rapport au développement hétérosexuel normal et considèrent les comportements genrés atypiques comme des symptômes de la maladie, lesquels nécessitent donc une prise en charge correctrice. Les deuxièmes, d'inspiration freudienne, voient en l'homosexualité un arrêt plutôt bénin dans le développement normal vers l'hétérosexualité. Enfin, la troisième théorisation découle des travaux d'Ulrichs, d'Hirschfeld ou, plus tard, de psychologues comme Kinsey.

Les années 1950 à 1970 verront se cristalliser cette première théorisation pathologisante, tant pour l'homosexualité, qui deviendra officiellement un diagnostic que pour le « transvestisme », qui sera remplacé par un nouveau paradigme beaucoup plus rétrograde, celui du « transsexualisme ».

Du côté de l'homosexualité, celle-ci fera son entrée dans la première édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistic Manual ; DSM-I*) de l'*American Psychiatric Association* (APA) en 1952 (Drescher, 2015). Cette entrée dans le DSM-I est analysée par Drescher (2015) comme découlant de l'influence des perspectives psychanalytiques qui voyaient alors l'homosexualité comme un évitement phobique de l'autre sexe causé par une éducation inadéquate. Alors que Freud considérait que tout le monde naissait avec des tendances bisexuelles et que l'homosexualité représentait un arrêt bénin du développement psychosexuel qu'il était vain de chercher à corriger, ses successeurs ont rejeté ses vues à son décès en 1939, lui préférant celles de Sandor Rando (Drescher, 2015). Rando, de son côté, rejetait l'innéité de la bisexualité et considérait, différemment à Freud, qu'aucun homosexuel normal ne pouvait exister (Drescher, 2015).

Dans le même temps, Davis Oliver Cauldwell introduira le terme « transsexualisme » dans la langue anglaise en 1949 dans son *Psychopathia Transsexualis* (Institute Of Medicine, 2011). Le titre de son article, s'inscrivant clairement dans l'héritage de Krafft-Ebing, visait à la fois à conférer une aura de sérieux à son travail tout en inscrivant fermement le « transsexualisme » dans la lignée du catalogue de déviations qu'était le *Psychopathia Sexualis*.

Toutefois, ce ne sera qu'avec Harry Benjamin, à travers la publication de *The Transsexual Phenomenon* en 1966, que le « transsexualisme » se diffusera plus largement et se transformera en un paradigme théorico-clinique (Clochec, 2023a).

Benjamin avait repris une partie de la pensée d'Hirschfeld, en expurgeant son concept central d'intermédiaires sexuels et préférant à la place l'explication d'une scission entre un sexe physique et un genre psychique (Clochec, 2023a). Cette théorisation découlait de l'invention du concept d'identité de genre par le psychologue néozélandais John Money et le psychiatre et psychanalyste américain Robert Stoller (Arpin, 2021). Stoller, tout particulièrement, sera le premier à théoriser que le décalage entre l'apparence physique et l'identité de genre est source de souffrance chez les personnes trans, qu'il nommera les « anormaux sexuels » (Arpin, 2021).

Selon Clochec (2023a), ce paradigme découle d'une interprétation fallacieuse des données de leurs patients. Alors que les témoignages de ces derniers faisaient état de pratiques concrètes, comme des choix de vêtements ou de jeux, Stoller et Benjamin en font l'affirmation d'une conviction interne. Ce faisant, « [i]ls opèrent donc une psychologisation de la pratique et de la demande de changement d'appartenance sexuée, l'attribuant à une intériorité substantielle sous-jacente à ces pratiques. » (Clochec, 2023a, p. 103). On passe ainsi d'une variation naturelle, dans le paradigme d'Hirschfeld, à un trouble psychiatrique grave et incurable, pour lequel le « moindre mal » consiste à réaligner l'apparence physique avec la représentation mentale à l'aide d'interventions hormonales et chirurgicales (Clochec, 2023a).

Cette croyance en une «*intérieurité substantielle*» n'est pas sans conséquence, car elle implique l'existence de «*vrais transsexuels*», par opposition aux «*pseudo-transsexuels*», pour reprendre les termes de Stoller (1968, cité par Clochec, 2023, pp. 105-106), qui considérait qu'il serait «*désastreux*» de donner des hormones à une personne qui ne serait pas réellement trans. Il en découle donc naturellement la nécessité de séparer le bon grain de l'ivraie, constituant ainsi une pratique du diagnostic différentiel visant explicitement à sélectionner les patients qui pourraient accéder aux interventions médico-chirurgicales, pouvoir laissé aux mains des psychiatres (Beaubatie, 2016; Clochec, 2023a).

Trois critères étaient nécessaires dans ce processus de diagnostic différentiel : (1) un critère psychologique, stipulant que la conviction ne devait pas être d'origine psychotique et que le patient dispose d'un degré raisonnable d'intelligence et de stabilité émotionnelle ; (2) un critère de permanence, à savoir que la conviction soit présente dès l'enfance ; (3) un critère comportemental exigeant que l'attitude du patient corresponde au sexe désiré (Clochec, 2023a). Ce dernier point dépendait des stéréotypes genrés de l'époque autour de ce qui était perçu comme des dispositions masculines ou féminines, de l'aspect convaincant – voire désirable – de l'apparence physique, mais également par une hétérosexualité obligatoire dans la classe de sexe de destination (Clochec, 2023a; Shuster, 2021). Dans ce contexte, les personnes trans qui évoquaient leur sexualité dans les consultations psychiatriques préalables à l'accès éventuel aux interventions chirurgicales risquaient de se voir diagnostiquer de paraphilie – catégorie psychiatrique désignant les sexualités jugées déviantes – plutôt que de «*transsexualisme*», empêchant l'accès à la transition (Beaubatie, 2020).

Cette hétérosexualité obligatoire, érigée en critère d'accès aux interventions médico-chirurgicales, a contribué à l'impossibilité par le monde médical d'envisager l'existence d'hommes trans gays et bisexuels, un effacement dont les conséquences sont encore perceptibles dans la production scientifique contemporaine, comme nous avons pu l'apercevoir dans le Chapitre 1 et comme nous le confirmerons dans le Chapitre 3. Les sciences médicales ne sont par ailleurs pas les seules à avoir ignoré la diversité sexuelle des personnes trans. En effet, Beaubatie souligne que l'amalgame potentiel entre paraphilie et «*transsexualisme*» a également contribué à faire de la sexualité des personnes trans «*un terrain glissant sur lequel les chercheur-e-s en sciences sociales évitent de s'engager*» (2020, p. 622).

Tandis que le paradigme dominant pour comprendre le fait trans passait sous l'égide de la psychiatrie, les tensions commençaient à s'accumuler autour de la pathologisation de l'homosexualité. Toujours présente dans le DSM-II, cette fois-ci dans la catégorie des déviations sexuelles, sa présence comme diagnostic psychiatrique était pointée du doigt par les activistes gays et lesbiens (Drescher, 2015). Dans le décours des émeutes de Stonewall de 1969, ces derniers considéraient que la psychiatrisation de l'homosexualité constituait un facteur majeur contribuant à son stigmatisme social et ont donc interrompu les réunions annuelles de l'APA de 1970 et 1971 (Drescher, 2015). Suite à ces interventions militantes, mais également suite aux travaux d'Alfred Kinsey et d'Evelyn Hooker, qui ont

permis de montrer que l'homosexualité était à la fois plus fréquente qu'attendu sans être intrinsèquement liée à des troubles psychiques, l'APA a fini par entamer un processus délibératif interne en 1973 pour déterminer si l'homosexualité devait rester un diagnostic psychiatrique (Drescher, 2015). Ce processus a abouti à une sortie de l'homosexualité du DSM-II en décembre 1973, mais des oppositions internes fortes ont mené à son remplacement par des catégories nosologiques floues (Drescher, 2015). En effet, en lieu et place de l'homosexualité, le DSM-II comprenait un nouveau diagnostic de « trouble de l'orientation sexuelle », qui voyait l'homosexualité comme une maladie si l'attirance homosexuelle était source de détresse chez un individu et que ce dernier souhaitait en changer, pérennisant ainsi les pratiques de conversion (Drescher, 2015). Ce terme sera remplacé par « l'homosexualité égo-dystonique » dans le DSM-III en 1980 avant que cette dernière ne soit supprimée à son tour à la sortie du DSM-III-R en 1987. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) suivra les évolutions de l'APA en retirant l'homosexualité de la 10^e édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM) en 1990 (Drescher, 2015).

Cette évolution favorable de l'homosexualité ne sera toutefois pas partagée par le « transsexualisme » qui sera incorporé au DSM-III à partir de 1980 avant d'être rebaptisé « trouble de l'identité de genre » dans le DSM-IV en 1994 (Institute Of Medicine, 2011). De manière analogue aux pressions exercées par l'APA par les militants gays et lesbiens, les mouvements trans contemporains se sont élevés contre le paradigme transsexuel (Jaunait, 2020). Cette lutte s'opérait à deux niveaux : (1) contre la pathologisation du fait d'être trans ; (2) contre le monopole médical de la définition de qui était trans (Jaunait, 2020). Ainsi, les personnes trans revendiquent-elles à la fois que leurs vécus ne soient plus vus au travers du prisme déformant de la pathologie et d'être les seules en mesure de définir si elles sont trans ou non. Ces revendications aboutiront, avec près de 30 ans de retard par rapport à l'homosexualité, à la dépathologisation du vécu trans. En effet, le « trouble de l'identité de genre » a été supprimé du DSM-V en 2013 (American Psychiatric Association, 2013) tandis que l'OMS a retiré le transsexualisme de la CIM-11 en 2019 (World Health Organization, 2019). Il semble opportun de noter toutefois que le diagnostic de « dysphorie de genre » et d'« incongruence de genre » demeurent respectivement dans le DSM-V et la CIM-11, dans des catégories propres en lien avec la santé sexuelle. Si ce changement de classification témoigne d'une volonté de dépathologisation, il semble difficile de ne pas y voir les avatars du « trouble de l'orientation sexuelle » de naguère, comme compromis dans le processus de dépsychiatriation.

Si ce processus de dépsychiatriation s'est avéré crucial dans l'histoire des MSG, il a toutefois ses angles morts en cela qu'il laisse intact le stigmate associé à la maladie mentale. Cette stigmatisation de la maladie mentale et la discrimination subséquente des personnes diagnostiquées ou traitées pour leur santé mentale sont recoupsés sous le terme de sanisme (Menzies et al., 2013, p. 339). Or, les discours autour de la déficience, qu'elle soit physique ou mentale, sont intimement liés au façonnement et à la résistance contre les inégalités

sociales. Comme Baynton (2016) le souligne, le concept de handicap a occupé une place centrale dans la justification et le démantèlement des inégalités. D’une part, en invoquant une prétendue infériorité mentale, émotionnelle ou physique des groupes dominés, on justifiait leur place en tant que citoyens de second ordre ; d’autre part, en mettant à distance le handicap et le stigmate qui lui était associé, les groupes minoritaires justifiaient qu’ils soient traités dignement. Or :

Cette stratégie commune pour atteindre une égalité de droits qui cherche à mettre à distance les accusations de handicap et qui accepte donc tacitement l’idée que le handicap est une raison légitime pour l’inégalité est peut-être un des facteurs responsables de la persistance de la discrimination envers les personnes avec un handicap et de la difficulté de la lutte pour leurs droits.

— Baynton (2016, p.30)

Dans le cadre de la lutte pour la dépathologisation de l’homosexualité, certains activistes ont ainsi fait preuve de ce que Pilling (2022, p. 36) nomme une « politique à enjeu unique » (*single issue politics*) qu’il oppose à une approche coalitionnaire en solidarité avec les autres mouvements concernés par l’oppression psychiatrique. Ce faisant, Pilling (2022) avance que le mouvement de dépathologisation de l’homosexualité a eu pour effet de relégitimer la psychiatrie en rétablissant son impartialité et en la présentant sous un jour progressiste. Il note en outre que des stratégies de distanciation similaires vis-à-vis de la maladie mentale ont été mises en œuvre par une partie des activistes trans, acceptant ainsi tacitement la marginalisation de celles et ceux qui sont – ou sont perçus – comme ayant une maladie mentale.

2.1.4 Le fantôme bisexuel

La bisexualité connaît une histoire différente du schéma précédemment décrit de pathologisation déconstruite par le militantisme des groupes sociaux concernés.

Pour saisir cela, il est nécessaire de remonter au milieu du 19^e siècle, où le terme « bisexualité » était utilisé en anatomie et en physiologie pour décrire les formes de vie indifférenciées sexuellement ou exhibant des caractéristiques des deux sexes (MacDowall, 2009). Cette hybridation physique est ensuite devenue psychique sous la plume de Krafft-Ebing et d’Henry Havelock Ellis, qui parleront d’« hermaphrodisme psychosexuel » pour décrire l’attraction sexuelle vis-à-vis des hommes et des femmes (Monro, 2015), l’*Uranodioning* d’Ulrichs n’ayant jamais réellement pris. Cet « hermaphrodisme psychosexuel » laissera place à la bisexualité, dans son sens contemporain, entre 1907 et 1915, Ellis lui-même employant le terme « bisexuel » dès 1915 (Janssen, 2024).

MacDowall (2009) souligne toutefois que le sens biologique premier a eu un impact durable sur la conception de la bisexualité. En effet, cet état d'indifférenciation sexuelle ou d'intersexuation représentait un état primitif et immature de la nature. Cette vision de l'évolution sexuelle des espèces a également débordé sur la sexualité, les médecins et psychanalystes du début du 20^e siècle considérant que « de la même manière que tous les embryons humains sont initialement intersexes, les humains commencent tous par être bisexuels » (Callis, 2009, p.224). Cette innéité de la bisexualité, retrouvée chez des auteurs comme Ellis, Wilhelm Stekel ou encore Freud, a eu pour effet de constituer la bisexualité non pas comme une catégorie sociale à part entière, mais comme un stade intermédiaire du développement (Callis, 2009).

Par ailleurs, la pathologisation parallèle de l'homosexualité a contribué à prévenir la création d'individus bisexuels, dans la mesure où tout acte homosexuel condamnait la personne à être lue comme homosexuelle (Callis, 2009). Ainsi, comme Callis l'explique : « [p]uisqu'aucun "acte bisexuel" n'existait au sein du discours médical, il n'y avait pas non plus d'espèce bisexuelle correspondante. Un groupe d'individus ne pouvait pas être étiqueté "bisexuels" si aucune action de leur part ne pouvait être lue de la sorte. » (2009, p. 225).

Cette conjonction de la bisexualité comme stade développemental plutôt que catégorie propre et la subsomption de la bisexualité sous l'homosexualité a eu pour conséquence que la bisexualité a échappé à la pathologisation dont l'homosexualité a fait les frais, ne figurant jamais au sein d'une quelconque édition du DSM (Breetveld, 2020). Toutefois, le corollaire de cette non-pathologisation, selon Hemmings (1995) reprise par Callis (2009) et selon Breetveld (2020) est d'avoir mené à un vide dans le développement de la bisexualité en tant que catégorie distincte, ouvrant la voie à un potentiel de déni de la réalité de la bisexualité.

2.1.5 Des catégories médicales aux angles morts épistémologiques

Cette tutelle médicale sur les MSG a produit des lacunes globales et locales dans la production du savoir scientifique. D'une part, la pathologisation a accaparé l'attention scientifique, entraînant un retard global dans la production d'un savoir médical réellement utile pour les personnes étudiées. En effet, pendant l'essentiel du 20^e siècle, médecins, sexologues et psychologues se sont focalisés sur les questions nosologiques, étiologiques et thérapeutiques – comment classifier, expliquer et « traiter » la déviance –, aux dépens d'un intérêt sur les disparités de santé des MSG et la meilleure manière d'y répondre.

En outre, la manière d'ordonner les catégories a entraîné des manquements locaux dans la géographie du savoir. La production médicale des catégories a ainsi délimité le périmètre de ce qui est (im)pensable. Les critères diagnostiques élaborés par Benjamin n'ont pas simplement décrit une réalité préexistante, mais ont activement créé une nouvelle population

forcée de se définir et de se justifier en ses termes pour être considérée comme légitime et pouvoir accéder aux interventions médico-chirurgicales désirées. L'hétérosexualité obligatoire érigée comme condition d'accès à la transition a dès lors rendu impossible l'existence d'hommes trans gays ou bisexuels dans le discours médical. De même, la subsomption de la bisexualité sous l'homosexualité a mené à un vide discursif dont les effets sont encore perceptibles à ce jour. Ces mécanismes d'effacement ne sont pas qu'une tache sombre dans l'histoire de la médecine moderne : comme nous le documenterons dans le Chapitre 3, ils continuent à structurer les lacunes de la recherche contemporaine sur les disparités de santé. Discuter plus en avant de ces questions demandera de prendre l'ignorance au sérieux et de s'intéresser aux injustices qu'elle produit, ce qui sera l'objet de la Section 6.2.

Le renversement de la tutelle médicale s'est structuré autour d'un processus de dépathologisation qui s'est étendu de 1973 à 2019. Cette stratégie s'est toutefois opérée au travers d'une distanciation vis-à-vis de la maladie mentale sans remise en question de la manière dont les personnes présentant des troubles mentaux sont perçues et traitées dans la société. Or, puisqu'une partie substantielle des disparités de santé évoquées dans le Chapitre 1 a trait à la santé mentale, nous ne pouvons nous contenter, dans ce travail, de reproduire cette mise à distance. Si nous souhaitons comprendre pleinement les enjeux de santé mentale des MSG, nous devons également questionner le sort des personnes présentant des troubles de santé mentale et comment la discrimination qui les frappe peut renforcer les mécanismes menant à l'émergence des dits troubles.

Si les catégories gays, bisexuelles et trans sont socialement construites – comme cette historicisation le rappelle –, il n'en demeure pas moins qu'elles produisent des effets matériels concrets sur les corps et la santé de celles et ceux qui les habitent. Comprendre les enjeux matériels de l'appartenance à ces catégories ainsi que la manière dont les disparités sociales s'incorporent dans le vécu des individus sera l'objet de la Section 2.2.

2.2 Vers une approche sociale de la santé

La médecine est une science sociale et la politique n'est rien de plus que de la médecine à grande échelle.

— (Virchow, 1985, p. 33)

Ces mots écrits initialement par Rudolph Virchow en 1848 résument la vision de ce travail. Nous considérons en effet que la santé est profondément ancrée dans le social et que l'inscription sociale des individus qui la composent façonne leur état de santé. Raisonner de la sorte demande toutefois de prendre un peu de distance par rapport aux conceptions médicales classiques en considérant non pas la santé de l'individu pris isolément, mais celle de l'individu en relation avec d'autres personnes, des institutions et des normes.

2.2.1 De la nécessité d'une approche multiniveau

Comme nous le décrivions à la fin de la Section 2.1, la dépathologisation a permis de remplacer l'assignation psychiatrique par le droit à l'autodétermination. Les MSG ont ainsi pu se nommer elles-mêmes et construire des identités collectives comme leviers de revendication politique. Cela a contribué à l'hégémonie de certains termes, comme « gay » et « lesbienne » ainsi qu'à la coalition de différentes catégories identitaires sous l'acronyme Lesbiennes, Gays, Bis et Trans (LGBT) à partir de la deuxième moitié des années 1990 (Prearo, 2015). Dans un souci de lisibilité dans la sphère publique, les associations LGBT *mainstream* ont mis l'identité au centre de leurs revendications (Rebucini, 2016). Comme le souligne Paternotte (2025, p. 55), « [c]es catégories identitaires nous permettent d'échapper à la biologie, ce qui constitue leur grande force. » Elles offrent en outre un langage commun permettant de décrire ses expériences et de faire valoir sa propre existence (Lewis, 2022). Leur intérêt, ne fût-ce que stratégique, peut s'observer à travers la conquête des droits obtenus dans divers pays occidentaux, dont la Belgique : protection contre la discrimination, mariage, adoption, procréation médicalement assistée ou encore suppression des conditions médicales pour accéder aux changements de prénom et d'état civil pour les personnes trans.

Toutefois, cette évolution axée sur les droits individuels et le principe d'autodétermination mérite d'être interrogée, car elle contribue à centrer la lunette analytique au niveau individuel et intrapsychique. Cette centralité de l'identité se retrouve tout particulièrement pour les personnes trans, le vocable « transidentité » constituant la manière la plus fréquente de parler du fait trans. Cette insistance sur l'intériorité et l'identité a été réappropriée par les activistes afin de proposer un nouveau paradigme permettant de concurrencer le para-

digme transsexuel, sans charrier avec lui de conception pathologique derrière la démarche de transition (Clochec, 2023b). En s'axant ainsi sur le vécu interne des individus trans, l'objectif était de leur conférer l'expertise nécessaire pour déterminer librement qui ils sont, sans qu'ils aient à se conformer aux attentes des médecins pour être lisibles et légitimes (Clochec, 2023b). Si être trans est purement une question d'un ressenti interne, alors nul autre que la personne en question n'est à même de déterminer si elle est trans. Ces discours, de la même manière que ceux des minorités sexuelles, sont devenus majoritaires grâce à un appui sur les positions libérales, centrées sur les droits individuels (Clochec, 2023b). Or, comme le note Arpin (2021) :

La compréhension du fait trans à partir de la notion d'identité de genre semble le condamner à une forme d'inauthenticité, dans la mesure où l'identification est toujours pensée comme manquée, en tant qu'elle est en écart avec la norme, qu'elle soit biologique ou socioculturelle, ce qui crée le besoin d'explications.

— (Arpin, 2021, p.277)

Clochec (2023b) abonde en ce sens et signale que réduire le fait trans à l'identité peut permettre de délégitimer la réalité trans, en faisant passer l'appartenance revendiquée à une classe de sexe des personnes trans pour un acte d'imagination.

Face à ces lacunes, le courant du matérialisme trans se propose d'étudier le fait trans, non pas à partir d'un état psychique, à partir d'un processus observable, celui de la transition (Clochec, 2021). Être trans est alors compris comme « le passage d'une position sociale, en l'occurrence d'une classe de sexe, à une autre » (Clochec, 2021, p. 41), ce que Beaubatie (2021) appelle un processus de « transfuge de sexe », en référence aux transfuges de classe. En outre, la thèse matérialiste invite à étudier le fait trans en prenant comme point de départ les conditions socioéconomiques des personnes trans, pendant la transition et après (Clochec, 2021).

Dans le cadre de ce travail, nous nous inscrivons dans une perspective similaire, en souhaitant étudier les MSG comme des catégories ancrées dans une réalité sociale dont les conditions matérielles sont impactées par une position marginalisée au sein de la société. Sans chercher à négliger l'importance que le vécu subjectif des individus peut avoir pour ces derniers, ce n'est pas l'identité en tant que telle qui importera ici, mais bien les processus de marginalisation de ces identités et les disparités dans les conditions sociales qu'ils impliquent. Ces considérations ont donc des implications concrètes vis-à-vis du vocabulaire qui sera employé tout au long de ce travail. Nous préférons ainsi le terme de transitude, traduction directe de *transness* pour désigner le fait d'être trans (Baril, 2022), plutôt que transidentité. En outre, nous reprendrons à Florence Ashley le concept de modalité de genre pour parler du rapport entre le genre actuel d'une personne et le sexe qui lui a été assigné à la naissance (Jourdan & Keenan, 2022). Ainsi, les modalités trans et non-binaire

représentent une mobilité par rapport à l'assignation de naissance, tandis que la modalité cis décrit l'absence de mouvement entre l'assignation et le genre vécu.

Nous préférons également parler en termes de minorités sexuelles et de genre plutôt que d'employer l'acronyme LGBT pour mettre l'accent sur le processus de marginalisation comme point commun aux différentes expériences qui le composent. En effet, les termes utilisés pour définir la sexualité étant en constante évolution (Paternotte, 2025) et de nouvelles catégories identitaires émergeant sans cesse (Marignier, 2018), toute tentative de les regrouper sous un acronyme ne peut aboutir qu'à un allongement continu, rendant l'ensemble de plus en plus complexe, sans pour autant permettre une inclusivité parfaite. Enfin, nous éviterons de parler d'Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes (HSH), différemment à notre approche initiale en début de thèse. En effet, l'objectif initial de ce vocable était de réduire le stigmate lié au VIH en montrant que c'étaient les comportements sexuels et non les identités qui plaçaient les individus à risque accru d'infection au VIH (Young & Meyer, 2005). Cette finalité est louable, surtout quand on prend en compte l'impact de l'épidémie de VIH sur l'homophobie, et avait justifié notre choix de ce terme jusqu'à présent. Toutefois, depuis 20 ans, ce terme fait l'objet de critiques dans le champ académique. Outre le fait que personne ne s'identifie comme HSH dans la vie de tous les jours, ce mot met l'accent sur le simple fait d'avoir des comportements sexuels entre hommes sans prendre en considération la pluralité des pratiques entre hommes ainsi que les dimensions sociales de la sexualité, passant notamment par les réseaux affinitaires et les communautés (Young & Meyer, 2005). Par ailleurs, lorsque l'on s'intéresse à la santé globale des hommes gays et bisexuels, la focalisation comportementale derrière HSH ne rend pas honneur à la complexité des facteurs contextuels et structurels qui l'influencent (Timmins & Duncan, 2020). Le terme le plus adéquat au vu de notre approche nous semble donc *sexual minority men*, que l'on pourrait traduire par « hommes appartenant à une minorité sexuelle » (HMS).

En cohérence avec cette vision des MSG et des HMS comme des catégories sociales définies par une position minoritaire au sein de la société, nous opèrerons également un déplacement d'échelle sur la question de la discrimination. En effet, plutôt que de s'intéresser aux dimensions uniquement interpersonnelles de la discrimination, comme le permettent les concepts d'homophobie et de transphobie, il est nécessaire de se pencher également sur les dimensions structurelles qui sous-tendent ces discriminations. Nous nous intéresserons ainsi à l'hétérosexisme, en tant que système permettant de justifier et d'opérationnaliser l'homophobie (Herek, 2004). L'hétérosexisme peut ainsi être vu comme l'idéologie culturelle qui perpétue le stigmate sur les sexualités non hétérosexuelles. Il est imbriqué aux institutions à travers lesquelles il entretient des relations hiérarchiques considérant tout ce qui n'est pas hétérosexuel comme inférieur à l'hétérosexualité (Herek, 2004).

Le cissexisme remplit une fonction similaire pour les personnes trans en considérant que le genre des personnes trans est inférieur ou moins authentique que celui des personnes

cis (Serano, 2007). Le terme de cisnormativité est également employé pour décrire l'attente implicite selon laquelle toutes les personnes sont cis et que tous les individus ont vocation à rester dans le sexe qui leur a été assigné à la naissance, contribuant à faire des personnes trans un impensé (Bauer et al., 2009). « La cisnormativité est donc le système de signification qui constitue les expériences et expressions trans comme des exceptions à la position neutre de la norme » (Linander et al., 2024, p. 4). Baril (2009) est le premier auteur à avoir importé ces concepts dans le lexique francophone, en employant « cisgenre normativité » comme traduction du cissexisme. Enfin, on retrouve également le terme de « cisgenreisme » pour décrire ce même système de hiérarchisation et de délégitimation (Lennon & Mistler, 2014).

Dans le cadre du présent travail, nous avons choisi d'opter pour le terme de cissexisme, afin d'évoquer les structures de hiérarchisation qui produisent la marginalisation des personnes trans et la violence envers elles. Ce choix découle avant tout de la relative simplicité langagière du mot et de son parallélisme direct avec l'hétérosexisme, les deux concepts étant centraux à la production d'inégalités de santé. Dans un cas comme dans l'autre, l'intérêt de ces concepts est de permettre de sortir de la notion selon laquelle l'hostilité à l'égard des personnes gays et/ou trans est uniquement le fait de comportements individuels pour reconnaître qu'elle s'inscrit dans des schémas de pensées plus largement répandus et imbriqués dans nos institutions (Baril, 2013).

L'hétérosexisme et le cissexisme permettent en effet de s'intéresser aux violences structurelles. Ce terme, proposé par Galtung, permet de décrire les arrangements sociaux imbriqués dans les institutions qui nuisent aux individus et aux populations (Farmer et al., 2006). La violence décrit ici le fait d'empêcher un individu de remplir pleinement ses besoins fondamentaux (Farmer et al., 2006). On peut également parler de stigmatisation structurelle, comme l'ensemble des « conditions, normes culturelles et politiques institutionnelles qui, à l'échelle de la société, réduisent les opportunités, les ressources et le bien-être des personnes stigmatisées » (Hatzenbuehler & Link, 2014, p. 2). Ces notions nous permettent de percevoir l'importance des structures sociales sur les individus et les groupes, tout en reconnaissant la bidirectionnalité de cette relation, les structures étant également façonnées et résistées par les groupes et individus (Hatzenbuehler & Link, 2014). Ces violences structurelles existent par-delà les interactions interpersonnelles et les croyances individuelles tout en contribuant à les façonner (Krieger, 2020). Elles peuvent se manifester notamment au niveau légal, avec des répercussions fortes sur le plan de la santé. La vague de mesures visant à lutter contre l'accès aux soins des mineurs trans aux États-Unis a ainsi été associée à une augmentation des tentatives de suicide de 52% chez les jeunes trans de 13 à 17 ans et de 44% chez les 13 à 24 ans, deux ans après leur instauration (W. Y. Lee et al., 2024).

Par ailleurs, l'exposition à la violence structurelle est associée à une augmentation de la mortalité toutes causes confondues chez les hommes gays (Hatzenbuehler et al., 2020). En outre, la violence structurelle est associée à des effets défavorables sur la santé, notamment

vis-à-vis de la suicidalité, des symptômes dépressifs, de la consommation de substances ou de l'accès au soin (Hatzenbuehler et al., 2024).

Le Chapitre 1 a pu permettre d'exemplifier en détail les multiples formes de violence interpersonnelles auxquelles sont exposés les HMS. Nous proposons ici de prendre en considération également les violences plus systémiques, telles que les pressions de conformation aux normes sociales, les lois, les disparités d'accès au soin liées à un manque de formation dans le cursus médical ou les disparités d'accès au logement et à l'emploi (Hatzenbuehler et al., 2024; Krieger, 2020; Tebbe & Budge, 2022; White Hughto et al., 2015). Pour préciser notre conceptualisation, nous distinguerons ici les facteurs structurels — normes, politiques, lois — des facteurs institutionnels, tels que la santé, l'emploi, le logement, et l'éducation.

Il est important de préciser ici que ces niveaux sont interdépendants, façonnés les uns par les autres et agissent conjointement pour façonner la santé des individus. Par exemple, le rejet familial peut être vu comme un phénomène interpersonnel, mais celui-ci s'inscrit dans l'inadéquation du jeune par rapport aux attentes hétérosexistes et cissexistes qui pèsent sur lui dès avant sa conception. Or, une fois le jeune à la rue, le manque de service d'hébergement ou l'inadéquation de ces derniers vient renforcer l'instabilité du logement et risque de conduire au sans-abrisme (Philbin et al., 2023). L'étude de Kinitz et al. (2025) permet d'illustrer la même complexité multiniveau sur le plan du travail. Les études peuvent en effet être rendues plus difficiles – voire interrompues – à cause d'un manque de soutien familial. Une fois sur le marché de l'emploi, il peut exister des craintes de postuler à certains emplois perçus comme moins ouverts, des inquiétudes vis-à-vis de la possibilité de répondre aux exigences de productivité en raison de sa santé mentale, une faiblesse du réseau social qui limite le népotisme et des phénomènes de discrimination à l'emploi, le tout concourant à des opportunités moindres et à une dégradation de la santé mentale à cause du découragement. Enfin, ceux qui travaillent peuvent subir des comportements désobligeants de la part de collègue ou de supérieurs hiérarchiques, menant à une hypervigilance, laquelle aggrave également la santé mentale. Les auteurs démontrent ainsi à la fois l'imbrication entre les niveaux institutionnels et interpersonnels, mais également l'aspect cyclique du lien entre santé mentale et précarité. Les difficultés de santé mentale des participants étaient en effet exacerbées par leur précarité sur le marché de l'emploi, tandis que leur capacité à chercher et maintenir un emploi était limitée par la précarité de leur santé mentale.

Malgré une paucité de chiffres sur le logement des MSG en contexte européen (Perrin et al., 2024), des mécanismes similaires semblent à l'œuvre. Les chiffres de Reidy & Barranco (2023) permettent de dresser une première image de la situation européenne. Ceux-ci montrent en effet que, parmi les MSG, près d'une personne sur cinq a déjà rencontré des difficultés de logement, ce chiffre montant à près d'une sur quatre pour les hommes trans. Ces difficultés de logement étaient généralement palliées en sollicitant le réseau social afin

de dormir chez des proches, avec un évitement marqué des structures d'accueil, ce qui contribue à invisibiliser le problème, faute de chiffres officiels. De plus, ces difficultés dans la sphère du logement étaient corrélées et amplifiées par la discrimination à l'emploi en plus de limiter l'accès au soin et de renforcer l'exposition à la violence, démontrant ainsi l'entrelacement de ces différents éléments. De plus, les chiffres de la III^e enquête européenne sur les MSG montrent que 13% des HCMS 22% des HTMS belges ont déjà connu des difficultés de logement (European Union Agency For Fundamental Rights, 2024). En Région wallonne Perrin et al. (2024), ont montré les liens entre rupture familiale et instabilité du logement, ainsi que l'inadéquation de la ségrégation par genre/sexe des services d'accueil. Celle-ci peut en effet exposer les MSG à de la violence au sein des refuges. Par ailleurs, ils ont également mis en évidence l'effet amplificateur de l'instabilité de logement sur d'autres formes de précarité.

Signalons également que l'hétérosexisme et le cissexisme ne produisent pas des expériences uniformes, mais sont traversés par d'autres formes de violences structurelles, telles que le racisme, le sexisme, l'âgisme ou le validisme. Les catégories sociales n'existent en effet jamais en isolation les unes des autres, mais interagissent entre elles (Angouri et al., 2022). Crenshaw (1991) a créé le concept d'intersectionnalité pour décrire le positionnement spécifique des individus situés à l'intersection de plusieurs formes de marginalisation. S'intéressant à la situation des femmes noires, elle a pu démontrer l'imbrication de la race sociale, du genre et de la classe dans le façonnement de subjectivités spécifiques soumises à des formes de violence distinctes. Ainsi, les difficultés de logement susmentionnées sont exacerbées chez les personnes présentant un handicap ou appartenant à une minorité ethnique ou avec un historique de migration (Reidy & Barranco, 2023). Il en va de même pour les discriminations liées à l'emploi, qui sont amplifiées chez les HMS qui appartiennent en plus à une minorité raciale ou qui ont un statut d'immigré (Kinitz et al., 2025).

Le cadre d'analyse qui permettrait de saisir la santé des MSG dans sa complexité nécessite donc d'avoir une vue à plusieurs niveaux qui reconnaît la puissance des conditions sociales dans la production et l'entretien des inégalités de santé. En outre, s'attaquer à l'hétérosexisme et au cissexisme en tant que systèmes producteurs d'inégalité de santé demande de rejeter l'essentialisme biologique (Krieger, 2020). Ce rejet de l'essentialisme passe, en premier lieu, par refuser la naturalisation des inégalités de santé comme étant intrinsèquement liées à des caractéristiques biologiques innées et immuables des MSG. Nous nous intéressons plutôt à la manière dont la biologie, le psychique et le social se façonnent mutuellement. De plus, l'essentialisme est également à l'origine du cissexisme, le sexe étant considéré comme immuable et composé de deux catégories mutuellement exclusives (Clochec, 2021; Linander et al., 2024; Serano, 2007). C'est de cette vision du sexe comme dichotomique et figé que découle l'idée que toute personne cherchant à sortir de sa classe de sexe de naissance est, au mieux, inauthentique et, au pire, déviante. Aucune analyse sérieuse de l'impact du cissexisme sur la santé des personnes trans ne peut donc se

faire en épousant les thèses qui justifient son existence. Comme le rappelle Fausto-Sterling (2019), le sexe et le genre ne sont ni dichotomiques ni indépendants ; les structures genrées influencent les structures biologiques et vice versa. Ainsi, Juster (2019) a-t-il par exemple démontré que prendre en compte à la fois les rôles genrés, l'expression de genre et le sexe permettait de mieux comprendre les réponses hormonales au stress. Le concept de « genre/ sexe », proposé par Van Anders en 2009 et repris par Fausto-Sterling (2019) apporte ici une clarification bienvenue en se référant à tout ce qui ne peut pas être relié soit à l'un soit à l'autre.

À l'heure actuelle, les cadres épidémiologiques dominants demeurent les cadres biomédicaux et ceux du style de vie (Krieger, 2024). Les tendances actuelles s'orientent vers la médecine de précision, qui tire parti des *big data* pour tenter d'expliquer les inégalités de distribution des maladies en se basant sur le génome, le microbiome, le métabolome, ou tout autre grand ensemble complexe (Krieger, 2024). La médecine du mode de vie (*lifestyle medicine*), de son côté, considère que les mauvaises habitudes, telles que la sédentarité, l'alimentation ou le tabagisme, sont les principaux vecteurs de maladie et se focalise au niveau individuel (Krieger, 2024). La médecine de précision renvoie à une forme de réductionnisme, où les causes réelles des maladies sont entièrement biologiques et suffisent à expliquer les schémas de distribution inégale au sein des populations (Krieger, 2024). Ce cadre ne nous semble donc pas adéquat pour expliquer les disparités de santé touchant les MSG, à moins de supposer des causes biologiques communes sous-tendant l'appartenance à une minorité sexuelle et/ou de genre et une vulnérabilité intrinsèque aux problèmes de santé mentale. Cette hypothèse avait, par exemple, été avancée par John Bailey en 2020, qui postulait un gène commun entre le névrosisme et l'orientation sexuelle, mais les preuves empiriques ne permettent pas d'appuyer cette vue simpliste (Meyer et al., 2021). En ce qui concerne la médecine du mode de vie, qui consisterait ici à analyser la santé des MSG en fonction des leurs prises de risques (p. ex. comportements sexuels ou consommation de substance), elle suppose une vision du choix comme une question individuelle et néglige le contexte social et écologique qui contraint les possibilités de prise de décision des individus (Krieger, 2024).

La question des violences structurelles sortant de ces cadres dominants et étant délaissée dans la formation médicale (Farmer et al., 2006), il est donc nécessaire d'élargir le registre disciplinaire aux sciences sociales, dont c'est un des terrains d'analyse privilégiés. Hélas, dans le contexte de la recherche médicale ou en santé publique sur les MSG, ces dernières, lorsqu'elles sont incluses, sont généralement reléguées en position d'« auxiliaires » (Court et al., 2023). Nous nous proposons ici de ne pas reproduire cette relégation et préférons, à la place, opérer un pas de côté par rapport à la discipline médicale pour saisir pleinement les outils que d'autres disciplines ont à offrir.

2.2.2 Intériorisation et incorporation

Nous l'avons dit, la discrimination, tant au niveau structurel, institutionnel qu'interpersonnel, représente un moteur puissant de production d'inégalités de santé chez les MSG. Nous devons à présent examiner comment ces facteurs s'infiltrent dans l'intrapsychique et la biologie, entraînant ainsi des inégalités en matière de santé.

Le cadre théorique dominant dans la littérature psychologique pour répondre à cette question est celui du stress minoritaire. Formulé pour la première fois par Brooks en 1981, qui s'intéressait à la santé des lesbiennes, le stress minoritaire désigne le stress spécifique émanant d'une position sociale marginalisée au sein d'une société donnée. Meyer a ensuite repris ce terme en 1995 pour parler des hommes gays. Il faudra attendre 2003 pour voir émerger le concept sous sa forme contemporaine, élargi aux minorités sexuelles dans leur ensemble, mais ne prenant pas encore en compte les personnes trans (Meyer, 2003). Les travaux de Brooks et de Meyer peuvent être vus comme une volonté de sortir du cadre jusqu'alors dominant en psychologie où les problèmes de santé mentale des gays et lesbiennes étaient vus non seulement comme intrinsèques à leur homosexualité, mais également comme la preuve que celle-ci devait être considérée comme pathologique (Linander et al., 2024). On rappellera ici que l'homosexualité égo-dystonique figurait toujours au DSM lors de la publication des travaux de Brooks, et que l'homosexualité n'était sortie de la CIM que depuis cinq ans lors de la publication de ceux de Meyer. On notera également que, malgré le caractère avant-gardiste des travaux de Brooks, ceux-ci ont largement été éclipsés par ceux de Meyer. En effet, au moment d'écrire ces lignes, l'ouvrage de (Brooks, 1981) a été cité 758 fois sur *Semantic Scholar* contre 12 723 pour Meyer (2003).

Le concept de stress minoritaire, tel qu'élaboré par Meyer (2003) comprend trois hypothèses. Premièrement, il s'agit d'un stress unique, propre aux minorités, et additif, qui vient s'ajouter au stress général auquel tout le monde est confronté. Ce faisant, il nécessite donc un surcroît d'adaptation de la part des personnes minorisées. Deuxièmement, étant lié à des structures sociales et culturelles stables, il s'agit d'un stress chronique. Troisièmement, il est socialement fondé, c'est-à-dire qu'il découle de processus, d'institutions et de structures qui dépassent l'individu. Meyer (2003) distingue en outre des facteurs de stress distaux, qui ne dépendent pas de l'identification au statut minoritaire assigné, et des facteurs de stress proximaux, qui dépendent de l'auto-identification en tant que minorité. Les facteurs de stress distaux sont ainsi la discrimination, la violence et les manifestations ouvertes de préjugés. Les facteurs de stress proximaux, quant à eux, recourent à l'anticipation d'événements négatifs, la dissimulation de son identité ou l'internalisation du stigmatisme, c'est-à-dire le fait de reprendre pour soi des conceptions homophobes à force d'y être exposé. Enfin, Meyer (2003) évoque également les mécanismes d'adaptation et le soutien social, et notamment le soutien communautaire, comme facteurs protecteurs vis-à-vis du stress minoritaire.

Ce premier cadre général a ensuite été élargi par les travaux de référence de Hatzenbuehler (2009) qui ajoute au stress minoritaire une composante de médiation psychologique en vue d'éclairer les mécanismes par lesquels ce dernier opère. En effet, Hatzenbuehler (2009) critique une certaine forme de circularité au concept de stress minoritaire, en cela que la relation statut minoritaire → stress → psychopathologie laisse à penser que le stress suffit en tant qu'explication autonome pour expliquer les disparités en santé mentale. Il propose à la place de conceptualiser la relation sous la forme statut minoritaire → stress → médiateurs psychologiques → psychopathologie. La Fig. 3 représente une version simplifiée de ce modèle.

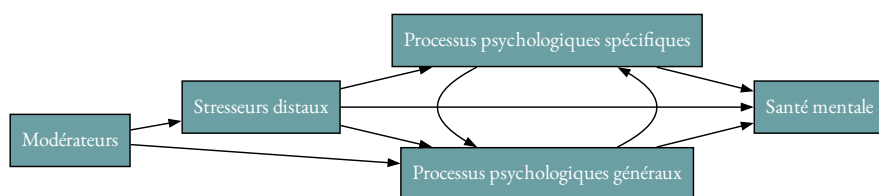


Fig. 3. – Cadre de médiation psychologique, adapté de Hatzenbuehler (2009)

Parmi ces médiateurs psychologiques, Hatzenbuehler (2009) distingue les processus généraux de ceux spécifiques à l'appartenance à un groupe minoritaire. Ainsi, la rumination, le pessimisme, le désespoir sont des processus cognitifs généraux qui pourraient découler d'une exposition répétée à des événements discriminatoires ou à de la violence. Les processus psychologiques spécifiques correspondent quant à eux aux facteurs de stress proximaux identifiés par Meyer (2003).

En dehors de ces facteurs cognitifs, Hatzenbuehler (2009) propose également l'isolement social comme autre forme de médiation entre les stressseurs distaux et le développement de psychopathologie, ainsi que la dérégulation des mécanismes d'adaptation et de régulation des émotions sous l'effet du stress chronique. Par ailleurs, les processus psychologiques généraux et spécifiques peuvent s'influencer mutuellement : la dissimulation de son identité peut ainsi conduire à de la rumination vis-à-vis du fait de devoir garder le secret ou découlant de l'autosurveillance que l'on s'impose en vue de ne rien laisser passer (Hatzenbuehler, 2009). Enfin, il décrit une série de modérateurs potentiels, capables d'atténuer ou d'amplifier l'impact du stress ou modifiant la saillance de certains processus psychologiques. Parmi ceux-ci, il évoque notamment le genre/sexe, l'âge et la race, permettant ainsi d'envisager l'expérience des individus dont l'appartenance à un statut minoritaire ne s'inscrit pas sur un axe unique.

Jusque-là, le stress minoritaire était centré sur les expériences des minorités sexuelles, sans intégrer les stressseurs spécifiques pouvant toucher les personnes trans. Ce ne sera qu'en

2012 que Hendricks & Testa proposeront de l'appliquer aux personnes trans, aboutissant à une première formulation du « stress minoritaire lié au genre » (*gender minority stress*) (Testa et al., 2015). Par rapport au modèle de Meyer (2003), Testa et al. (2015) proposent l'ajout d'un nouveau facteur de stress distal, la non-affirmation du genre, qui correspond aux expériences où le genre vécu par la personne n'est pas reconnu par autrui. Ces expériences peuvent correspondre, par exemple, à du mégenrage, c'est-à-dire le fait de s'adresser à quelqu'un en fonction de son assignation plutôt que de sa situation actuelle. En outre, Testa et al. (2015) reconnaissent que la dissimulation de l'identité présente des spécificités par rapport aux minorités sexuelles cisgenres. En effet, si une personne trans décide d'entamer une transition médicale, les changements physiques induits par cette transition finissent tôt ou tard par rendre impossible la dissimulation de ladite transition. En outre, le concept de dissimulation revêt des réalités différentes selon le stade de la transition et le degré de changements corporels qui y affèrent. Par exemple, en début de transition, avec une apparence qui serait encore perçue comme féminine ou androgyne, l'enjeu d'un homme trans pourrait être de révéler qu'il est trans afin de pouvoir être genré au masculin, tandis que lorsqu'il sera perçu en tant qu'homme, révéler sa transitude pourrait conduire à une délégitimation de sa masculinité. Cette complexité autour de la dissimulation de l'identité peut expliquer que les études empiriques ne trouvent pas de lien clair entre la dissimulation de la transitude et la santé mentale (Mezza et al., 2024). Par ailleurs, Lindley & Galupo (2020) proposent que le sentiment de dysphorie de genre puisse être conceptualisé comme un facteur de stress proximal, en cela qu'il peut être influencé par des interactions sociales défavorables, et qu'il peut mener à intensifier la souffrance psychique. Si cette élaboration des liens entre le social et le sentiment de dysphorie est pertinente, nous n'entendons pas ici que la souffrance qui découle de la dysphorie puisse être entièrement expliquée par le cissexisme. Comme l'écrit Baril, cette souffrance « ne peut ni être séparée de l'oppression sociale ni lui être réduite » (2015, p. 69).

Le concept de stress minoritaire bénéficie d'un soutien empirique considérable. Ainsi, plusieurs méta-analyses confirment l'association entre stress minoritaire et une santé mentale défavorable, notamment en ce qui concerne les tentatives de suicide (Lange et al., 2022), les comportements auto-mutilatoires (Ahrenholtz et al., 2025), ou la santé mentale générale (Dürubaum & Sattler, 2020). En outre, des revues systématiques confirment les associations entre stress minoritaire et TCA (Santoniccolo & Rollè, 2024), la dépression (Mezza et al., 2024; Pellicane & Ciesla, 2022), l'anxiété (Mezza et al., 2024) et les idéations suicidaires (Mezza et al., 2024; Pellicane & Ciesla, 2022).

Malgré cela, le concept n'est pas exempt de critiques. Il manque notamment de précisions concernant l'identificateur des stressseurs concernant les individus à l'intersection de plusieurs discriminations (Frost & Meyer, 2023; Linander et al., 2024), ne développe pas assez les mécanismes d'adaptation et la résilience (Linander et al., 2024) et manque d'études longitudinales sur l'aspect développemental. Enfin, il risque, malgré l'intention initiale,

de faire perdre de vue les structures plus larges en mettant l'accent sur l'individuel et l'intrapsychique (Linander et al., 2024).

Concernant les disparités de santé plus somatiques, certaines études ont essayé de mettre en lien le stress minoritaire et la réponse inflammatoire, sans succès (Dosanjh et al., 2025). Une revue systématique réalisée par Flentje et al. (2019) a montré des résultats mitigés, avec seulement 42% des études qui révélaient un lien entre stress minoritaire et des résultats biologiques. Parmi les résultats positifs, on peut citer une moindre réactivité de l'axe Hypothalamo-Hypophysio-Surrénalien (HHS), une réponse moins forte aux signaux anti-inflammatoires et des pentes de cortisol plus plates.

Un concept possiblement plus adapté pour étudier ces variables biologiques pourrait être à chercher du côté de la charge allostatique. L'allostasie est définie par Sterling & Eyer comme « [la] stabilité à travers le changement » (1988, p. 636). Elle se réfère à l'ensemble des processus permettant de maintenir sa stabilité face à des demandes environnementales accrues en recalibrant les paramètres homéostatiques (Sterling & Eyer, 1988). Partant de là, la charge allostatique représente le « coût » que représente cette adaptation face à des défis chroniques ou répétés qui ont pour résultat de stresser l'individu (McEwen, 1993). Elle peut se comprendre comme l'usure provenant de la suractivité ou de la sous-activité chronique des systèmes qui protègent normalement le corps en répondant à des stressors chroniques (Krieger, 2024; McEwen, 1993). Certaines études ont ainsi pu montrer des liens entre violence structurelle et charge allostatique plus élevée chez les hommes trans (DuBois & Juster, 2022) ainsi que sur les HMS (Juster et al., 2024). En outre, dans leur étude de 2022, Flentje et al. proposent de joindre les concepts de charge allostatique et de stress minoritaire en postulant que le stress minoritaire pourrait conduire à une surcharge allostatique qui serait responsable de disparités de santé somatique.

Les données biologiques sont moins claires que les données psychologiques, ce qui, selon Juster (2019), pourrait provenir d'une certaine réticence à parler des versants biologiques de la santé des MSG à cause du poids de l'histoire de pathologisation, tel que développé dans la Section 2.1. Toutefois, elles permettent de considérer la nécessité de sortir d'un dualisme entre santé physique et mentale, vu l'interconnexion entre les deux. Cette approche rejoint celle de l'incorporation (*embodiment*) développée par Krieger (2005). Ce concept, central à son modèle écosocial, reconnaît que les êtres humains sont à la fois des êtres sociaux et biologiques (Krieger, 2005). Il postule que les êtres humains incorporent littéralement les conditions sociales et matérielles dans lesquelles ils se développent et qu'aucun aspect des biologies humaines ne peut être compris sans prendre en compte les histoires individuelles et sociétales (Krieger, 2001).

2.2.3 L'approche syndémique

Les concepts de charge allostatique et de stress minoritaire peuvent être classés dans la catégorie des théories psychosociales de la distribution des maladies (Krieger, 2024). L'accent reste ici placé sur la question des mécanismes psychologiques plutôt que sur ce qui sous-tend socialement les schémas de répartition des maladies (Krieger, 2024).

Dès lors, malgré leur intérêt certain pour expliquer certains mécanismes individuels, ils s'avèrent insuffisants dans une approche globale de la santé des HMS. L'approche syndémique, pour laquelle nous avons opté, peut s'inscrire quant à elle dans la catégorie des théories d'épidémiologie sociale de distribution des maladies (Tsai, 2018). Plus précisément, la syndémie appartient à l'anthropologie médicale et peut être rattachée aux approches bioculturelles critiques au sein de cette discipline (Leatherman & Goodman, 2022). Ces approches mettent à l'avant-plan la question du pouvoir et des inégalités dans la production de la maladie et perçoivent la santé et la biologie humaines comme intrinsèquement sociales et culturelles (Leatherman & Goodman, 2022). Ainsi, « [l]a question n'est pas de savoir si la santé est plus biologique ou culturelle, mais d'étudier comment les processus de santé humaine sont toujours à la fois biologiques et culturels » (Leatherman & Goodman, 2022, p. 26).

Le premier emploi du terme « syndémie » date de 1992 par Singer & Snipes. Composé du *syn-* de *synergie* et du *-démie* d'*épidémie*, elle décrivait alors « la nature synergique de la santé et des problèmes sociaux rencontrés par les pauvres et les défavorisés » (p. 225). En effet, lors de leur étude sur un programme de traitement d'abus de substance durant la grossesse, les auteurs ont noté que la pauvreté menait à la malnutrition et à une susceptibilité accrue aux infections, qu'un ensemble de problèmes socio-économiques augmentaient les risques d'abus de substance et d'exposition au VIH, que l'abus de substance accroissait les risques d'acquisition du VIH et que le VIH, à son tour endommageait le système immunitaire, exposant ainsi à d'autres maladies. Le concept de syndémie permettait dès lors de s'intéresser à l'imbrication de ces différents éléments et à leur impact sur la vie des femmes précarisées. Ainsi, la première syndémie formellement décrite était la syndémie SAVA, comprenant l'abus de substance, la violence et le SIDA (Singer, 1996). Son identification a émergé durant un programme de prévention du VIH chez des usagers de drogue en centre-ville. Dans ce contexte, le VIH se propageait en conjonction avec d'autres conditions endémiques et épidémiques : tuberculose, IST, hépatites, cirrhose, mortalité infantile, abus de substance, suicide et homicide. Ces conditions étaient intimement liées et fortement influencées par un ensemble de facteurs socio-économiques et politiques : haut taux de chômage, pauvreté, sans-abrisme, surpopulation, malnutrition, détérioration des infrastructures, interruption des réseaux de soutien, et inégalités sociales et ethniques. Face à cela, Singer a soutenu que l'abus de substance, la violence et le SIDA ne pouvaient pas être compris comme « trois problèmes distincts et contigus dans les quartiers défavorisés », mais formaient

plutôt « un complexe socio-économiquement contextualisé de composantes s'alimentant mutuellement » (Singer, 1996, p. 109).

L'approche syndémique peut être vue comme un changement de paradigme vis-à-vis de la conceptualisation des maladies, longtemps considérées comme des entités indépendantes et détachées du social (Singer et al., 2017a). La syndémie propose, elle, d'examiner pourquoi certaines maladies s'agrègent au sein de certains groupes, les voies à travers lesquelles elles interagissent ainsi que la manière avec laquelle l'inégalité et l'injustice contribuent à l'agrégation, à l'interaction et à la vulnérabilité aux maladies (Singer et al., 2017a). En d'autres termes, en plus de considérer les maladies conjointement sur le plan biologique, l'approche syndémique vise également à rattacher ces maladies au contexte social qui permet leur développement. En cela, la syndémie va plus loin que la notion de comorbidité, puisqu'elle s'intéresse non seulement à la cooccurrence entre les maladies, mais surtout à leurs modes d'interaction, à leur potentiel synergique ainsi qu'au contexte social qui permet que deux maladies coexistent (Singer, 2009a). Ainsi, une syndémie peut-elle être définie comme

[L']agrégation d'au moins deux maladies ou problèmes de santé dans une population pour laquelle il existe un certain niveau d'interface biologique ou comportementale délétère qui exacerbe les effets négatifs de chacune des maladies impliquées.

— (Singer et al., 2017a, p. 941)

Singer et al. (2017a) déterminent ainsi trois conditions pour que l'on puisse parler de syndémie : (1) au moins deux problèmes de santé se concentrent dans une population ; (2) cette concentration est due à un contexte social délétère, tel que la précarité ou la discrimination ; (3) les différents problèmes de santé interagissent de manière synergique afin d'accroître le fardeau en morbi-mortalité de la population concernée au-delà de leur simple addition. On parle de « syndémogenèse » pour décrire les processus, voies et étapes de développement d'une syndémie, à partir des interactions entre maladies et contexte social, ainsi qu'entre les maladies entre elles (Singer et al., 2017a).

Cette question du contexte défavorable comme producteur d'inégalités de santé est centrale à la définition d'une syndémie. Il est, par exemple, bien établi que le mode de transmission principal du VHC est l'usage intraveineux de drogues (Van Baelen et al., 2020). Ainsi, la prévalence d'anticorps contre le VHC est-elle de 43% pour les usagers de drogue intraveineuse à Bruxelles (Van Baelen et al., 2020) contre une prévalence d'infection chronique estimée à 0.18% en Belgique (Thomadakis et al., 2024). Or, résumer la transmission du VHC au simple acte d'injection fait perdre de vue le fait que la pratique d'injection n'est pas uniformément distribuée au sein de la population, mais est liée à l'exclusion sociale, à l'instabilité de logement, au sans-abrisme, et à l'absence d'emploi (Arum et al., 2021; March et al., 2006). Ainsi, « les maladies n'existent pas dans un vide social ou uniquement au sein

des corps de ceux qu'elles infligent ; leur transmission et leur impact ne sont donc jamais un simple processus biologique» (Singer & Clair, 2003, p. 428).

Parmi les conditions sociales défavorables, le stigmate est un terreau propice à l'émergence d'une syndémie et est reconnu comme étant «à la fois un moteur, une composante et le résultat de syndémies» (Singer et al., 2022, p. 132). En effet, la stigmatisation peut représenter le facteur principal entraînant l'interaction entre les maladies, que ce soit à travers la stigmatisation des groupes marginalisés, la stigmatisation de la maladie ou les deux (Singer et al., 2017b). De fait, si la transmission du VIH peut découler de facteurs sociaux défavorables, dont la stigmatisation, la séropositivité au VIH expose elle-même à de nouvelles formes de stigmatisations. Cette sérophobie, qui s'imbrique avec les inégalités socioéconomiques, l'homophobie, le racisme ou le sexisme, peut à son tour devenir productrice d'inégalités de santé (Pezeril, 2020).

Le troisième critère, celui de l'interaction, fonde le cœur du concept de la syndémie. Les interactions syndémiques peuvent être de tout type et concerner tant les domaines sociaux, psychologiques et biologiques (Singer et al., 2017a). On peut ainsi retrouver des interactions bio-biologiques, psycho-biologiques, socio-psychologiques ou toute autre combinaison des trois. À ce titre, le stress minoritaire et la charge allostatique sont deux exemples de mécanismes d'interaction sur les plans socio-psychologiques, psycho-psychologiques, socio-biologiques et psycho-biologiques. La co-infection entre le VIH et le VHC est un bon exemple de ces différents niveaux d'interaction (Singer, 2009b). Le partage de matériel d'injection ou de sniff est ainsi une voie d'acquisition importante pour les deux maladies. Or, une fois dans l'organisme, la progression du VHC est accélérée en cas de co-infection au VIH et le choix des antiviraux doit prendre en compte le potentiel d'interaction entre les antiviraux dirigés contre le VHC et les antirétroviraux dirigés contre le VIH. Les deux maladies interagissent ainsi de la transmission à la progression et leurs traitements eux-mêmes peuvent interagir entre eux.

Enfin, un dernier point crucial à la définition d'une syndémie est son caractère local. Les contextes sociaux, historiques, environnementaux, épidémiologiques et démographiques varient en effet d'un pays à l'autre, voire d'une région à l'autre au sein d'un même pays, ce qui a pour conséquence que les syndémies demeurent toujours des phénomènes géographiquement délimités (Singer et al., 2022). Une même maladie particulièrement syndémogène peut ainsi donner cours à différentes syndémies en fonction des contextes. La syndémie VIH/VHC sera, par exemple, liée à la crise des opioïdes aux États-Unis (Perlman & Jordan, 2018), ce qui ne sera pas le cas en Belgique, malgré les autres points de convergence entre les deux maladies. Il en va de même pour le diabète, qui fait partie d'une syndémie avec la violence, le stress lié à l'immigration, la dépression et l'abus physique et psychologique chez les immigrées mexicaines à Chicago (Mendenhall, 2012). Au Porto Rico, la syndémie comportant le diabète est liée à l'impact des politiques coloniales sur les prix de la nourriture

et l'insécurité alimentaire qui en découle, tandis qu'au Costa Rica, elle est en relation avec la transition économique et son impact sur l'alimentation et l'agriculture (Singer et al., 2022).

Étant donné que la première syndémie décrite comprenait le VIH et que la stigmatisation constitue un puissant facteur de syndémogenèse, ce cadre théorique a abondamment été employé chez les HMS. La première application de ce concept aux HMS provient de l'étude fondatrice de Stall et al. en 2003. Les auteurs ont en effet remarqué qu'une des conséquences inattendues de l'épidémie de VIH/SIDA avait été la prolifération de données de santé sur les HMS, lesquelles montraient une prévalence élevée et une interconnexion de la dépression, de l'abus de substance, de la violence entre partenaires et des abus sexuels durant l'enfance. Cherchant à appliquer le modèle de Singer, ils ont donc pris ces différentes conditions et ont construit un indice allant de zéro (aucune condition présente) à quatre (toutes les conditions présentes) et ont étudié les liens entre ce score de sommation et le statut sérologique des HMS ainsi que les rapports anaux non protégés entre partenaires sérodiscordants. Ce faisant, ils ont démontré que (1) toutes les conditions étaient statistiquement associées entre elles en analyses multivariées, hormis l'abus sexuel durant l'enfance et la polyconsommation de substances ; (2) être affecté par un plus grand nombre de conditions syndémiques était associé à un statut sérologique positif et à des comportements sexuels à risque.

Stall et al. (2007) ont par la suite proposé un modèle développemental de syndémogenèse chez les gays cisgenres en s'intéressant aux dommages pouvant survenir dès l'enfance et qui se poursuivent ensuite dans l'adolescence puis lors de la migration dans les centres urbains. Ce modèle identifie deux dynamiques principales : les dommages associés aux échecs précoces de socialisation masculine et le stress lié à la migration vers les grands centres urbains. Le premier point découle de la stigmatisation des hommes qui sont perçus comme insuffisamment masculins, et en particulier, des hommes gays. Cette stigmatisation a pour conséquence l'internalisation du stigmaté, l'humiliation, la violence, le harcèlement et la difficulté à parler de sa sexualité avec ses pairs hétérosexuels. Le tout engendre des vulnérabilités en termes relationnels et de santé mentale. Le second point concerne le mélange d'opportunités et de défis qui accompagnent la socialisation gay en centre-ville, avec, d'une part, la possibilité de s'intégrer dans un tissu social pouvant favoriser la résilience et, d'autre part, une exposition accrue à la consommation de substance, à la violence, ainsi qu'aux difficultés relationnelles et psychosociales des autres HMS.

Les travaux d'Operario & Nemoto (2010) se sont penchés sur la syndémogenèse dans les communautés trans et ont adopté une perspective développementale similaire, en postulant aussi d'une stigmatisation pouvant commencer dès l'enfance et l'adolescence, provenant d'une non-conformité aux normes genrées. Cette conception rejoint l'hypothèse avancée par Clochec (2023b) d'une socialisation différenciée d'une partie des personnes trans qui subiront des violences spécifiques en raison de leur non-conformité de genre, tout en gardant à l'esprit qu'il n'existe pas qu'une seule forme de socialisation féminine ou

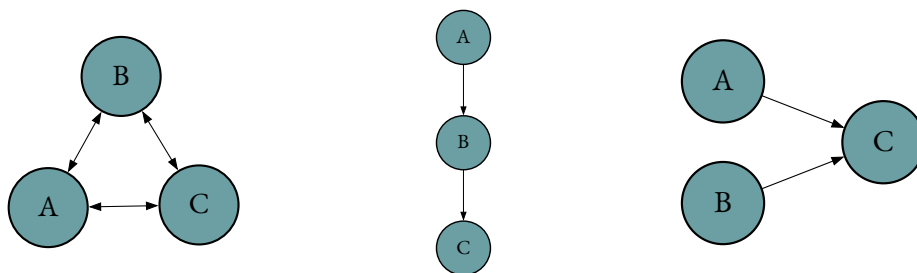
masculine, mais qu'elles dépendent d'autres rapports sociaux, tels que la classe ou la race sociale. Il est important de noter ici que l'hypothèse d'Operario & Nemoto (2010) repose principalement sur des données concernant les femmes trans et qu'il existe une asymétrie significative selon le sens de la transition (Beaubatie, 2021). Ainsi, la féminité du groupe assigné garçon est-elle davantage sanctionnée que la masculinité du groupe assigné fille, où elle peut même être valorisée (Beaubatie, 2021). Aussi, l'extrapolation aux hommes trans gays et bisexuels demande-t-elle une certaine prudence. Quoi qu'il en soit, les hommes trans restent surexposés à la violence, qu'elle soit psychologique, physique ou sexuelle, et ce, depuis l'enfance (Burgwal et al., 2023; Closson et al., 2024; Thoma et al., 2021b; Wirtz et al., 2020). Il paraît donc raisonnable d'hypothétiser également un impact cumulatif de ces stressors temporellement distribués tout au long de leurs trajectoires de vie.

L'essentiel des données sur la syndémie chez les MSG concerne donc des hommes gays cisgenres et vise à comprendre spécifiquement la vulnérabilité accrue au VIH et l'interconnexion entre le VIH et les autres problèmes de santé affectant cette population (Singer et al., 2021). De fait, bien que les études sur la syndémie chez les HMS prétendent rapporter des résultats concernant les hommes gays et bisexuels, seul un faible nombre d'entre elles désagrègent les résultats des bisexuels de ceux des gays (Wright & Carnes, 2016). Il en résulte une paucité de données sur les hommes bisexuels, malgré des spécificités telles que des différences dans les réseaux sexuels, un moindre accès au soutien communautaire et une plus grande dissimulation de l'orientation sexuelle (Wright & Carnes, 2016).

Si l'étude de Stall et al. (2003) a permis d'ouvrir la voie d'une application de la syndémie aux HMS, son impact sur le champ n'a pas été que positif. En effet, l'emploi d'un score de sommation pour représenter une syndémie pose plusieurs difficultés majeures. Premièrement, puisque chaque condition valait un point sur l'échelle, cette méthodologie sous-entend que chaque variable revêt la même importance (Tsai & Burns, 2015). Or, l'impact d'abus sexuels dans l'enfance diffère vraisemblablement de celui d'une pratique de polyconsommation de substances et l'importance relative de ces deux éléments n'est sans doute pas universalisable.

En outre, Tsai & Venkataramani (2016) ont démontré mathématiquement que le score de sommation revenait strictement à la même chose qu'une simple régression linéaire multivariée. En d'autres termes, alors que le concept de syndémie repose sur la notion d'interaction synergique, aucune interaction de cet ordre ne peut être démontrée par cette méthode. Cette remarque méthodologique est loin d'être secondaire, puisque la majeure partie de la littérature postérieure à l'article de Stall et al. (2003) a employé la même méthode pour tenter d'identifier des syndémies (Tsai & Burns, 2015). Il en résulte un manque de données empiriques fiables, ce qui limite grandement le potentiel de cette approche. Tomori et al. (2018), dans leur étude sur des HMS indiens ont comparé la méthode par sommation de Stall et al. (2003) avec celle proposée par Tsai & Burns (2015). Ce faisant, ils ont pu démontrer empiriquement que les deux méthodes n'étaient pas équivalentes et menaient à des conclusions différentes. Leur recommandation, toutefois, était d'élargir le

cadre de ce qu'on appelait « synergie » afin que les scores de sommation puissent y rentrer. Ces débats mettent en exergue le caractère flou de la notion d'interaction, pourtant centrale à la théorie syndémique. Tsai (2018) délimite ainsi trois manières de concevoir l'interaction (voir Fig. 4). Dans le cas de la causalité réciproque, chaque condition prédispose à l'acquisition des autres (Fig. 4a). La causalité séquentielle (Fig. 4b) représente plutôt un modèle de cascade de risques, chaque problème prédisposant à l'acquisition du suivant. Enfin, la synergie, telle que conceptualisée dans la syndémie, induit que l'effet cumulé des deux maladies dépasse la somme de leurs effets respectifs (Fig. 4c).



(a) Causalité réciproque

(b) Causalité séquentielle

(c) Synergie

Fig. 4. – Comparaison entre 3 types d'interaction, adapté de Tsai (2018)

Tsai (2018) se montre explicite sur le fait que seule la troisième situation représente réellement une synergie et peut donc rentrer dans le cadre syndémique, et nous le rejoignons dans cette perspective, qui est la seule qui permet de répondre à la définition originelle (Singer et al., 2020). Cette distinction est loin d'être triviale, car le modèle d'interaction envisagé peut directement avoir un impact sur la manière d'élaborer des interventions visant à contrer les syndémies (Tsai et al., 2017). Le modèle de causalité réciproque induit d'agir sur chaque condition, car, dans le cas contraire, les deux autres continueront à l'alimenter (Tsai et al., 2017). *A contrario*, s'il y a une synergie, la briser en s'attaquant à une seule des conditions pourrait être la solution la plus efficace (Tsai et al., 2017). Enfin, le modèle de cascade de risque suppose d'agir le plus en amont possible en vue d'enrayer la chaîne d'événements délétères.

Malheureusement, la recherche quantitative sur les syndémies n'a, jusqu'à présent, pas pris en compte ces remarques. Seules 12% des études quantitatives publiées jusqu'à 2019 ont réellement permis d'identifier une syndémie, c'est-à-dire à mettre en avant la triade agrégation/contexte social/synergie (Singer et al., 2020). Il est donc indispensable de faire avancer ce champ en employant de nouvelles méthodes qui permettront de décrire les voies d'interaction qu'entretiennent les conditions avec le contexte social ainsi qu'entre elles (Mendenhall & Singer, 2020).

2.2.4 L'apport des systèmes complexes

L'enjeu qui anime cette thèse est donc de faire avancer le champ de la syndémie, sans dénaturer le concept et diluer ainsi sa pertinence en tant que cadre théorique. Afin de répondre à cette double contrainte, nous avons intégré au cadre syndémique des notions issues de la science des systèmes complexes. Cette contribution théorique originale offre, selon nous, la possibilité de répondre aux lacunes méthodologiques tout en renforçant à la fois le potentiel explicatif et interventionnel de la théorie syndémique.

La science de la complexité, ou science des systèmes complexes, « étudie comment une vaste collection de composants – interagissant localement entre eux à petite échelle – peut spontanément s'auto-organiser pour présenter des structures et des comportements globaux non triviaux. » (De Domenico & Sayama, 2019). Un système complexe et un système qui s'adapte au changement, se compose d'autres systèmes complexes et se comporte de manière non linéaire, une modification dans l'entrée du système n'étant pas proportionnelle au changement dans la sortie (Shiell et al., 2008).

Crielaard et al. (2021) proposent ainsi d'appréhender la réponse au stress sous l'angle des systèmes complexes. Ce faisant, ils ont identifié plusieurs boucles de rétroaction qui amplifiaient la réponse au stress et qui dépendaient à la fois des expériences passées avec le stresser et de l'imbrication entre les processus biologiques, psychologiques et sociaux. Ainsi, dans un contexte socioéconomique défavorable, le manque de ressource diminue la résolvabilité des stressers, l'accumulation de stressers érode les mécanismes d'adaptation au fil du temps, entraînant une perception des stressers futurs comme incontrôlables et menant à une impuissance apprise et un stress chronique accru. Cette majoration du stress chronique a un coût sur la bande passante cognitive, empêchant de contrôler la totalité des stressers tout en augmentant la susceptibilité d'évaluer les stimuli futurs comme menaçant, aboutissant à un cercle vicieux d'amplification de la réponse au stress.

Outre ces boucles de rétroaction de la réponse au stress, directement applicable au stress minoritaire et à l'anticipation d'événements négatifs qui en constitue un des facteurs proximaux, le principe d'émergence représente l'apport principal des systèmes complexes au cadre syndémique. Des propriétés émergentes sont des comportements qui émergent d'interaction entre les composants d'un système ; elles ne sont pas observées dans les parties individuelles du système et ne correspondent pas à la somme des parties individuelles, mais émergent des synergies au sein de ce système (Petticrew et al., 2019). La conscience est un exemple classique d'une propriété émergent d'un système complexe, à savoir l'ensemble des neurones composant un cerveau humain.

La recherche en santé mentale commence à embrasser cette perspective des systèmes complexes et une partie du monde académique considère désormais les maladies mentales comme des propriétés émergentes. Ce dépassement du réductionnisme jusqu'alors dominant est ainsi résumé par Fried & Robinaugh : « [p]our comprendre les troubles mentaux,

il est insuffisant de comprendre des composants isolés ; nous ne pouvons pas espérer comprendre la dépression en étudiant uniquement l'amygdale, pas plus que nous pouvons comprendre la météo par l'examen attentif de gouttes d'eau » (2020, p. 1).

Les maladies mentales sont multifactorielles et dépendent de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Fried & Robinaugh, 2020). Les notions de stress minoritaire, de charge allostatique, d'incorporation, de même que l'importance des facteurs structurels que sont le cissexisme et l'hétérosexisme ainsi que la perspective syndémique elle-même permettent d'appréhender cette multifactorialité et de commencer à expliquer les mécanismes à l'œuvre.

Ainsi, la conceptualisation classique des troubles mentaux est remise en question par une partie croissante des chercheurs en santé mentale, qui adhèrent à la place à une conception de psychopathologie en réseau. Le modèle dominant en psychopathologie est celui de la cause commune, qui s'inspire du modèle médical classique (Borsboom & Cramer, 2013). Dans ce modèle (Fig. 5), les différents symptômes que peut rencontrer un individu sont vus comme l'émanation d'une entité latente, la maladie mentale. Ainsi, l'association entre humeur basse, fatigue et troubles du sommeil sont à imputer à une maladie sous-jacente, la dépression, de la même manière que l'association entre toux, courtesse d'haleine et douleur thoracique serait causée par une embolie pulmonaire.

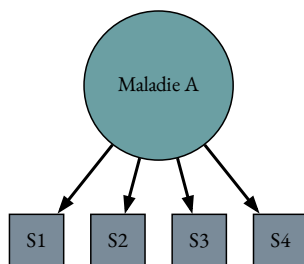


Fig. 5. – Modèle de la cause commune

Toutefois, Borsboom & Cramer (2013) arguent que ce modèle est inadéquat dans le cadre de la psychopathologie, vu l'absence de séparation entre symptômes et maladie. En effet, à la différence de la majorité des pathologies médicales – troubles « fonctionnels » et syndromes inexplicables exclus – il est impossible de diagnostiquer une maladie mentale indépendamment de ses symptômes. Nul ne recevra un diagnostic de dépression sans présenter, *a minima*, une humeur basse ou une perte d'intérêt. *A contrario*, il est possible d'identifier une embolie pulmonaire sans que le patient présente la triade susmentionnée de toux, dyspnée et douleur thoracique, tout comme il est possible que cette triade ait une autre cause ; une pneumonie, par exemple. Cette indissociabilité entre symptômes et maladie induit, selon Borsboom & Cramer (2013) que les maladies mentales ne peuvent

pas être la cause des symptômes psychiques, à tout le moins, pas selon la même logique qu'une embolie pulmonaire provoque la dyspnée et que traiter la première permettrait de faire disparaître la seconde. À ce titre, Hyman (2010) souligne que les classifications psychiatriques actuelles, DSM et ICD, ont réifié les troubles psychiatriques, désormais traités comme des entités réelles qui existent indépendamment des évaluateurs. Or, les arguments biologiques tendent plutôt à aller à l'encontre de la classification rigide actuellement en vigueur (Hyman, 2010). Les études génomiques remettent ainsi en question le caractère discret des troubles psychiatriques, montrant des corrélations substantielles à la fois entre les catégories diagnostiques, entre les troubles, ainsi qu'entre ce qui est considéré comme normal ou pathologique (Smoller et al., 2019). Le trouble bipolaire et la schizophrénie ont ainsi une corrélation génétique de près de 0.70, malgré leur séparation nosologique claire (Smoller et al., 2019).

Si les maladies mentales – en tant qu'entités discrètes nettement délimitées et classifiées – ne sont pas la cause des symptômes psychiques, d'où provient que les mêmes symptômes tendent à apparaître conjointement pour former des entités syndromiques reconnaissables ? Pour l'approche en réseau, cela proviendrait d'une activation réciproque des symptômes entre eux (Borsboom & Cramer, 2013). La Fig. 6 représente un réseau simplifié composé de nœuds, correspondant à des symptômes numérotés de 1 à 4, soumis à des influences extérieures (E1 et E2). Les interactions entre les nœuds sont représentées par des liens appelés arêtes.

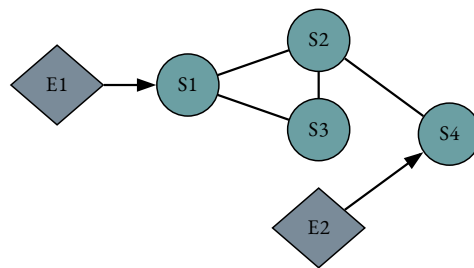


Fig. 6. – Modèle de psychopathologie en réseau

Ainsi, dans une approche en réseau de la dépression, les troubles du sommeil sont responsables de la fatigue ; la perte d'appétit et la fatigue causent des troubles de la concentration. À leur tour, la fatigue, les troubles de la concentration et la perte d'intérêt font en sorte que l'individu diminue ses activités, entraînant un sentiment de culpabilité et une diminution de l'estime de soi. Dans ce modèle, les symptômes s'activent et se renforcent mutuellement, pouvant former des boucles de rétroaction qui mènent à ce que l'individu s'enfonce dans un état d'activation symptomatique prolongé. C'est cet état d'activation prolongé, manifesté par les connexions entre les symptômes, qui est phénoménologiquement reconnu comme une maladie mentale (Borsboom, 2017). En d'autres termes, dans l'approche en réseau, les maladies mentales émergent des interactions causales entre les symptômes d'un

réseau plutôt que de provenir d'une entité sous-jacente qui expliquerait leur agrégation. Une fois le réseau suffisamment stable, l'activation de ce dernier s'auto-entretient en raison des boucles de rétroaction entre les symptômes (Borsboom, 2017). Il en découle donc que, même si les événements déclencheurs venaient à disparaître (E1 et E2, dans la Fig. 6), le réseau demeurerait inchangé, un phénomène appelé hystérésis (Borsboom, 2017). Dans cette perspective, la santé mentale correspond non pas à l'absence de symptômes, mais à l'état d'équilibre d'un réseau faiblement connecté – et donc peu actif – auquel le système sain retourne s'il est perturbé (Borsboom, 2017). *A contrario*, le trouble mental est défini par Borsboom comme « l'état stable (alternatif) d'un réseau fortement connecté », lequel est « séparé de l'état sain par l'hystérésis » (2017, p. 9).

Ces états stables auxquels le système retourne préférentiellement en cas de perturbation correspondent à des états attracteurs (Hayes & Andrews, 2020). Un système dynamique adaptatif tel qu'un réseau de symptômes psychiques tend en effet à se montrer flexible quand les conditions changent, mais maintient son intégrité fonctionnelle en cas de perturbation (Hayes & Andrews, 2020). Un réseau faiblement connecté tendra ainsi à revenir à son état d'inertie après une perturbation. Par exemple, un stress aigu peut activer des symptômes d'anxiété tels que des inquiétudes excessives, de l'irritation ou des troubles du sommeil. Toutefois, les mécanismes de régulation de l'individu lui permettent de revenir à son état attracteur, caractérisé par une faible activation de ces symptômes. *A contrario*, dans un trouble anxieux généralisé, l'état attracteur correspond à un état pathologique d'activation symptomatique, même en l'absence de nouveaux stressors externes.

En outre, les processus maladaptatifs, tels que la rumination ou l'évitement, peuvent mener à des boucles de rétroaction qui perpétuent l'attracteur pathologique et le rendent plus difficile à déstabiliser (Hayes & Andrews, 2020). L'hypervigilance induite par l'anticipation d'événements négatifs, et la rumination que celle-ci provoque peuvent ainsi renforcer un état attracteur pathologique, même en l'absence d'événement d'agression ou de discrimination. Le cadre de médiation psychologique d'Hatzenbuehler (2009) permet donc de comprendre à la fois comment la stigmatisation entre sous la peau des individus, mais également comment elle contribue à figer un état attracteur.

Cette approche permet également de concevoir la notion de comorbidité sous un jour nouveau. Près de la moitié des personnes avec un diagnostic psychiatrique ont au moins reçu un autre diagnostic au cours de leur vie, la comorbidité la plus fréquente étant celle entre les troubles anxieux et dépressifs (Ter Meulen et al., 2021). Dans une approche en réseau, cette comorbidité est conçue comme émanant de la relation directe entre des symptômes de plusieurs troubles (Cramer et al., 2010). Dans le cas du trouble dépressif majeur et du trouble anxieux généralisé, la fatigue, les difficultés de concentration et les troubles du sommeil sont des symptômes des deux maladies, selon la classification du DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Vu sous l'angle de l'approche en réseau,

ces symptômes communs peuvent être vus comme des symptômes ponts reliant les deux conditions (voir Fig. 7).

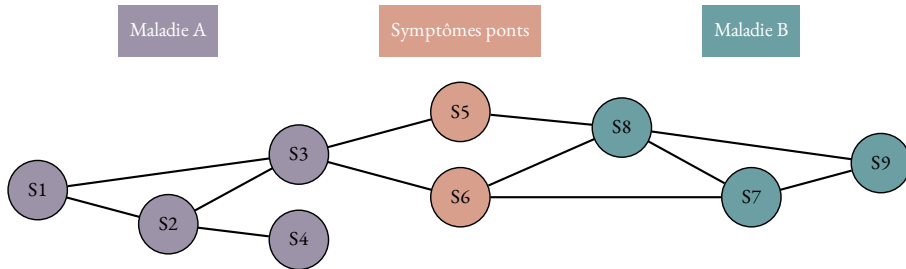


Fig. 7. – Comorbidité selon l'approche en réseau, inspiré de Cramer et al. (2010)

Dans ce cas de figure, il n'existe pas de frontières nettes entre les maladies A et B, même si les symptômes de chaque maladie sont plus densément connectés entre eux qu'avec les symptômes de l'autre maladie. La séparation opérée dans les nosologies classiques apparaît donc comme arbitraire, vu cette absence de frontière nette (Borsboom & Cramer, 2013), une conclusion appuyée par les travaux de Forbes et al. (2024) sur la répétition des symptômes au sein du DSM-V. Ainsi, sur 628 symptômes distincts dans les 202 diagnostics du DSM-V, 36.8% de ces symptômes sont présents dans plus d'un diagnostic, avec une médiane de trois diagnostics par symptôme répété.

Cette conceptualisation de la maladie mentale comme des composants interagissant mutuellement possède un parallélisme évident avec la syndémie. Toutefois, à l'heure actuelle, un seul auteur, Jasper Lee, a utilisé des outils d'analyse de réseau pour étudier des syndémies (Lee et al., 2020a; 2020b; 2022; J. S. Lee et al., 2024).

Reconnaissant l'aspect théoriquement fondé de l'analyse de réseau dans ce domaine (Lee et al., 2020a), il ne conçoit malheureusement l'intérêt de cette approche que comme une technique exploratoire permettant d'identifier des conditions dont on pourrait réellement évaluer la synergie, en employant d'autres méthodes (Lee et al., 2020b; 2022; J. S. Lee et al., 2024). Ce faisant, il opère une distinction entre l'analyse en réseau et l'analyse syndémique, qui requièrerait des méthodes statistiques telles que celles de Tsai & Burns (2015).

Si ces travaux sont intéressants, et ont grandement influencé le choix de l'analyse en réseau dans le cadre de la présente thèse, nous argüons que concevoir l'analyse de réseau uniquement comme une première phase exploratoire limite grandement ce que la théorie des réseaux – et, par-delà, la science des systèmes complexes – peuvent apporter à la théorie syndémique. Nous proposons à la place de repenser la syndémie au prisme des apports de la science de la complexité afin d'aboutir à un cadre conceptuel unifié et novateur.

Nous concevons ainsi la syndémie comme une propriété émergente des interactions présentes à la fois entre les maladies ainsi qu'entre les maladies et l'environnement social. Les conditions composant une syndémie ne sont dès lors plus des entités discrètes causées par un ensemble de facteurs isolés, mais une configuration dynamique d'éléments interagissant entre eux et avec les structures sociales plus larges. Les boucles de rétroaction entre les différentes conditions contribuent alors à autoentretenir la syndémie, une fois celle-ci formée. Pour reprendre l'exemple originel de syndémie (Singer, 1996), l'usage de substances peut exposer à la violence à cause de l'effet intrinsèque de certaines substances ou du recours à la criminalité pour financer la consommation. L'exposition à la violence peut entraîner l'usage de substance comme mécanisme d'automédication pour se détacher du coût émotionnel de la violence subie. L'utilisation de substance accroît le risque de subir des violences sexuelles, diminue l'efficacité des modes de protection, comme le préservatif, et peut conduire au partage de matériel d'injection, les trois menant à un risque accru d'acquisition du VIH. Enfin, le diagnostic du VIH peut mener à la consommation de substances pour gérer la détresse émotionnelle du diagnostic.

Nous voyons donc la syndémie comme un état attracteur pour les personnes affectées par les conditions sociales défavorables qui favorisent l'émergence d'un tel système et proposons la définition suivante : « une syndémie est un état attracteur qui émerge des interactions au moins partiellement synergiques entre les maladies et les conditions sociales défavorables qui ont permis leur agrégation ».

La précision sur le caractère au moins partiel des interactions synergiques permet de respecter la conceptualisation initiale, sans émettre la restriction invraisemblable que chaque interaction du réseau soit synergique. Ainsi, dans la configuration présente dans la Fig. 7, S1 et S4 pourraient exercer une synergie sur S2, sans que ce soit le cas pour S3 et S4 sur S2.

Ainsi posée, cette définition permet de répondre aux trois conditions émises par Singer et al. (2017a), à savoir la présence d'au moins deux problèmes de santé dans une population, le rôle du contexte social délétère dans la concentration des dits problèmes et l'accroissement du fardeau en morbi-mortalité au-delà de leur simple addition.

2.3 Synthèse

La Fig. 8 présente un cadre conceptuel intégré, faisant la synthèse visuelle des concepts qui ont été mobilisés tout au long de ce chapitre ainsi que les avancées théoriques permises par l'apport des systèmes complexes.

Quatre niveaux interdépendants figurent sur ce schéma : (1) le niveau structurel, à travers les normes, les lois, l'économie politique ; (2) le niveau institutionnel, à travers l'organisation des systèmes de santé, l'accès au soin, le logement et l'emploi ; (3) le niveau interpersonnel, qui contient les relations entre individus, notamment dans les sphères familiales, amicales, professionnelles ou scolaires ; (4) le niveau individuel, qui comprend les caractéristiques, l'histoire et les ressources d'un individu.

La violence structurelle peut mener au développement de disparités de santé en raison de l'effacement social, des pressions normatives ou d'un cadre législatif défavorable. Les facteurs institutionnels limitent l'accès aux ressources ou la qualité des ressources disponibles. Ainsi, les obstacles pour accéder à des soins, ou des soins de qualité suboptimale en raison de la modalité de genre ou de l'orientation sexuelle, l'instabilité ou l'insalubrité du logement, l'absence d'emploi ou la précarité du dit emploi, concourent au développement ou à l'aggravation de problèmes de santé. Enfin, les stresseurs interpersonnels, tels que le rejet familial, la violence, le harcèlement, sont autant de facteurs de stress distaux tels que théorisés par le modèle de stress minoritaire.

Ceux-ci sont médiés par des processus psychologiques généraux, comme l'évaluation de la menace des stresseurs, la rumination ou le désespoir et des processus psychologiques spécifiques, correspondant aux facteurs de stress proximaux, comme l'anticipation du rejet, la dissimulation de l'identité et l'internalisation du stigmat. En conjonction avec une surcharge allostatique, ils contribuent au développement de problèmes de santé. Ces trois mécanismes sont modérés par des facteurs individuels, comme les ressources adaptatives et le succès des gestions antérieures des stresseurs. Les ressources matérielles, qui dépendent également des facteurs institutionnels, conditionnent la résolvabilité des stresseurs.

En outre, les caractéristiques propres de l'individu, comme son âge, son orientation sexuelle, son genre/sexe, sa modalité de genre, sa race sociale ou la présence d'un handicap viennent également modérer les violences structurelles et interpersonnelles auxquelles il risque d'être exposé ainsi que les ressources à sa disposition.

Les maladies ou problèmes de santé sont représentés au centre du graphique comme des nœuds soumis aux influences externes modérées par des traits personnels.

Les arêtes au sein de ce réseau représentent les interactions entre ces conditions, qu'elles soient d'ordre biologique, social ou psychologique. L'interaction entre ces conditions entraîne ainsi l'émergence d'une syndémie, état attracteur d'un réseau fortement connecté.

Par ailleurs, il existe des boucles de rétroaction entre les conditions qui composent la syndémie et les facteurs qui permettent son émergence ou modèrent les stressseurs externes. La dégradation de l'état de santé peut ainsi mener à un amoindrissement des capacités d'adaptation, un éloignement vis-à-vis de ses proches, un accès rendu d'autant plus difficile au marché de l'emploi, ou exposer à son tour à de nouvelles formes de violences structurelles, comme la sérophobie, le validisme ou le sanisme, en ce qui concerne la santé mentale.

Enfin, ce modèle comprend une dimension développementale, le réseau syndémique s'activant progressivement au fil de la vie et de l'accumulation d'expérience défavorable, jusqu'à atteindre un point de bascule où le réseau devient suffisamment connecté que pour être autoentretenu et devenir un attracteur. Le stade de vie auquel cet état attracteur sera éventuellement atteint dépend de l'impact des stressseurs rencontrés et peut donc survenir à un autre stade que l'âge adulte.

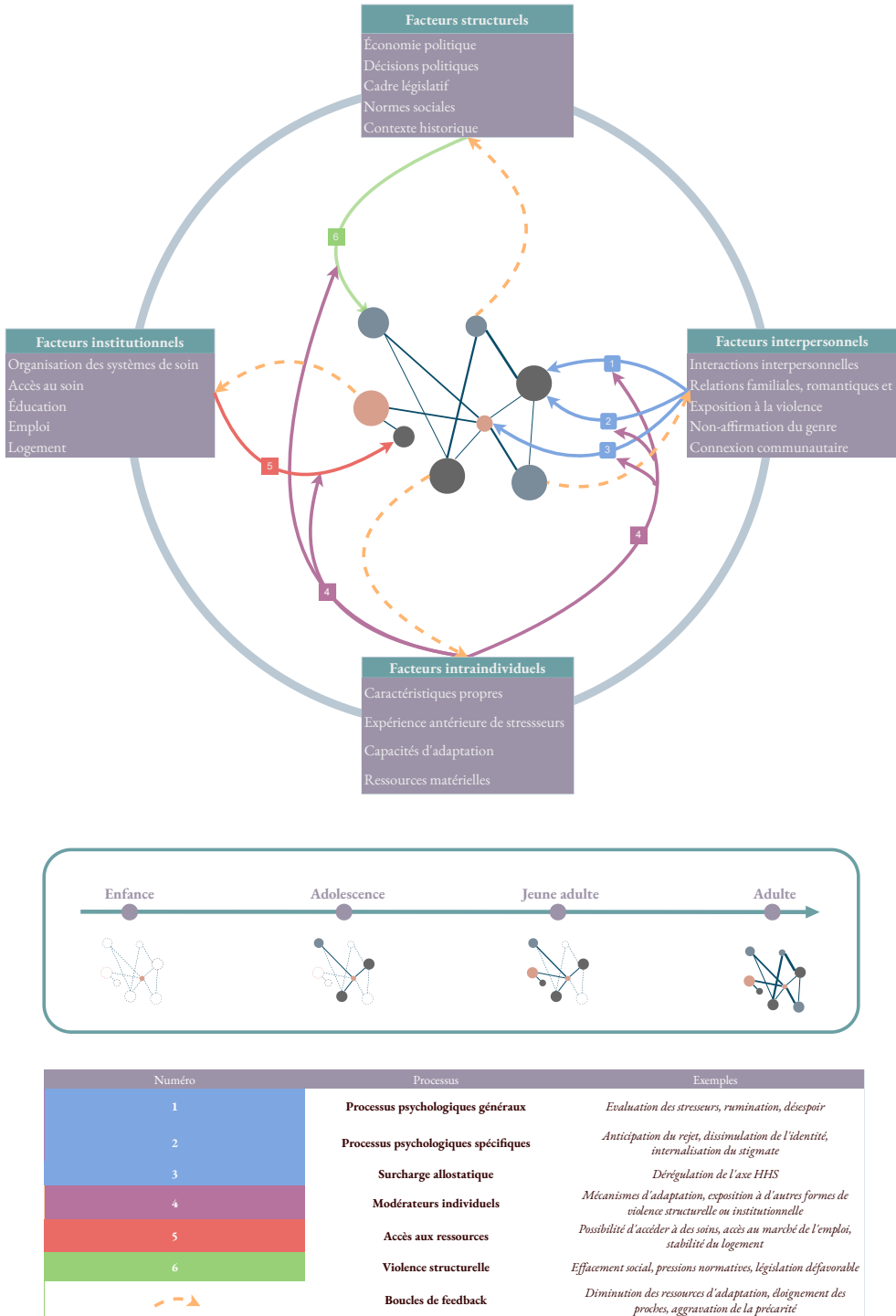


Fig. 8. – Cadre conceptuel intégré

PARTIE II

VOLET EMPIRIQUE

ÉTUDE DE LA PORTÉE

Le présent chapitre est une traduction d'un article publié par l'auteur, réadaptée au contexte de cette thèse (Ouafik et al., 2022). L'usage de Claude Sonnet 4.5 a facilité le processus de traduction.

3.1 Objectifs

Comme nous l'avons mentionné dans le Chapitre 2, la syndémie, si elle est souvent employée pour étudier la santé des HMS, ne l'est pas nécessairement toujours à bon escient, notamment pour des problèmes dans la manière de mesurer et de conceptualiser les interactions. Au moment de publier cet article, seules deux revues de la littérature existaient à ce sujet, la revue systématique de Tsai & Burns (2015) ainsi que l'étude de la portée de Singer et al. (2020). Toutefois, aucune des deux ne s'est concentrée spécifiquement sur la littérature syndémique appliquée aux HMS. Nous avons donc voulu combler cette lacune en réalisant une étude de la portée dont l'objectif était de cartographier les éléments suivants :

1. le *design* des études ;
2. les sous-populations d'HMS étudiées ;
3. les conditions psychosociales considérées comme formant une syndémie et la manière selon laquelle ces variables avaient été mesurées ;
4. les *outcomes* employés et leur mode de mesure ;
5. les statistiques utilisées pour évaluer le concept d'interaction ;
6. les hypothèses d'interactions biologiques et biosociales proposées par les auteurs, lorsque disponibles ;
7. les cadres théoriques pertinents pouvant compléter la théorie syndémique pour mieux comprendre la santé des HMS ;
8. les principaux résultats de ces études.

À partir de ces données, nous souhaitons mieux comprendre l'état de l'art dans la littérature actuelle, identifier les lacunes dans les connaissances et proposer des recommandations

pour orienter les recherches futures dans ce domaine, en commençant par éclairer notre propre recherche doctorale.

3.2 Méthodologie

Le protocole complet de cette étude de la portée a été publié en 2020, préalablement à la conduite de cette étude (Ouafik et al., 2020).

Nous avons appliqué le cadre suggéré par Arksey & O'Malley (2005), avec les améliorations proposées par Levac et al. (2010). Nous avons également pris en compte les recommandations formulées par Colquhoun et al. (2014) ainsi que les directives actualisées de Peters et al. (2020). Nous avons suivi l'extension PRISMA pour les études de la portée (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018). La *checklist* PRISMA complétée se trouvait dans les annexes de l'article original et n'a pas été reproduite dans cette thèse.

La sélection et l'extraction des données ont été réalisées à l'aide de DistillerSR (Evidence Partners, Ottawa, Canada). Les scripts, statistiques, graphiques et tableaux ont été générés à l'aide de R (R Core Team, 2025). Afin de garantir la transparence et la reproductibilité complètes de cet article, nous avons téléchargé l'ensemble des données utilisées pour générer cet article sur *Open Science Framework* (Ouafik, 2021a).

Notre question de recherche principale était : « Que sait-on de la théorie syndémique appliquée aux HMS ? » et a été subdivisée en trois sous-questions :

1. « Comment sont conduites les études concernant la théorie syndémique appliquée aux HMS ? » ;
2. « Comment le concept d'interaction est-il exploré dans la recherche syndémique appliquée aux HMS ? » ;
3. « Quels étaient les principaux résultats de ces études ? »

Pour répondre à ces questions, nous avons mené une recherche systématique dans les bases de données suivantes : *Medline*, *PsycInfo*, *Scopus*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials* et *ProQuest Sociological Abstracts*. Nous avons utilisé des équations de recherche complexes visant à inclure tous les synonymes d'« hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes », nomenclature majoritaire à l'heure actuelle. La stratégie de recherche complète pour chaque base de données se trouve dans l'Annexe A.1.

Aucune limite temporelle n'a été appliquée, compte tenu de la relative nouveauté de la littérature syndémique. Une première recherche utilisant cette stratégie a été menée le 11 juin 2020 et a ensuite été actualisée le 9 février 2021 puis finalement le 11 novembre 2021.

Les résultats de recherche ont été téléchargés sous forme de fichiers .RIS et importés dans DistillerSR. Après suppression des doublons, nous avons examiné les titres et résumés pour déterminer leur éligibilité, en utilisant des formulaires que nous avons générés avec

DistillerSR. Les articles répondant aux critères d'inclusion ou dont l'éligibilité n'était pas claire ont fait l'objet d'une deuxième sélection au cours de laquelle les textes intégraux ont été évalués. Conformément au protocole, 10% des titres et résumés ont été examinés par deux réviseurs. Un score de fiabilité interjuges κ a été calculé à l'aide de DistillerSR et était égal à 0,86. Comme il dépassait notre seuil de 0,8, le reste du processus de sélection a été mené par l'investigateur principal uniquement. Les articles ont été inclus s'ils répondaient aux critères suivants :

1. les HMS constituaient soit la seule population étudiée dans l'article, soit, s'ils étaient étudiés aux côtés d'autres populations, telles que les femmes transgenres, des données désagrégées devaient être disponibles pour les HMS ;
2. le cadre syndémique constituait l'objet principal de l'étude ;
3. les études étaient des études de cohorte, cas-témoins, transversales, des essais contrôlés, des études mixtes, des études qualitatives, des revues systématiques ou des méta-analyses. Nous avons exclu les lettres, commentaires, résumés de conférence, éditoriaux ou revues narratives.
4. la langue était l'anglais (à notre connaissance, aucune littérature francophone n'existait au moment de la tenue de cette étude) ;
5. l'article était publié dans une revue à comité de lecture.

Après l'inclusion des études pertinentes, nous avons effectué une recherche dans les listes de références pour ajouter manuellement les études qui auraient pu échapper à notre stratégie de recherche dans les bases de données. Le même processus de sélection a ensuite été appliqué, et ces articles ont été signalés comme « *Records identified from : Citation searching* » dans le diagramme de flux PRISMA (Fig. 9).

L'extraction des données a également été réalisée à l'aide de formulaires générés dans DistillerSR.

Pour répondre à notre première question de recherche, nous avons extrait les données suivantes : *design* de l'étude ; taille de l'échantillon ; âge de l'échantillon ; population et sous-population de HMS étudiée (p. ex., hommes noirs appartenant à une minorité sexuelle, hommes bisexuels) ; conditions étudiées comme faisant potentiellement partie d'une syndémie, la manière avec laquelle elles ont été définies et mesurées ; les *outcomes* considérés, avec les mêmes spécifications, le type d'intervention, le groupe de comparaison et sa durée, si applicable.

Pour la deuxième, nous avons extrait les statistiques utilisées et si les auteurs proposaient une articulation des interactions biologiques et biosociales.

Enfin, les résultats principaux ont été résumés.

Deux modifications ont été apportées à notre protocole initial. Premièrement, nous avons inclus une variable pour extraire tout cadre théorique supplémentaire que les auteurs

auraient pu utiliser (p. ex. l'intersectionnalité). Deuxièmement, nous avons inclus des variables pour extraire les données des revues systématiques et des méta-analyses. Ces deux types d'études avaient été omis de notre protocole initial, car nous ignorions que de telles études existaient au moment de sa publication. Les variables incluses étaient les caractéristiques générales (auteurs, années, localisation, *design*, taille totale de l'échantillon), l'objectif de la revue, le nombre d'études incluses, les hypothèses d'interaction biologique ou biosociale, les principaux résultats et les cadres supplémentaires éventuels.

Les données ont ensuite été colligées, synthétisées et rapportées à l'aide de R, RStudio et des *packages* pertinents. Des graphiques ont été générés pour mieux visualiser les années de publication, la localisation, la population et les conditions syndémiques étudiées. Des tableaux ont été générés pour résumer les principales variables de chaque article ainsi que les méthodes de mesure des conditions syndémiques les plus étudiées. L'ensemble de ces tableaux représentant 52 pages, ils n'ont pas été reproduits dans la présente thèse. Ils sont toutefois disponibles dans les annexes de l'article original (Ouafik, 2021a). De plus, nous avons créé un tableau de bord interactif permettant de naviguer parmi toutes les études recensées dans la revue et d'utiliser une combinaison de filtres en vue d'identifier un article répondant à une série de caractéristiques précises (p. ex. publié entre 2012 et 2015, aux États-Unis et comportant la dépression comme condition syndémique) (Ouafik, 2021b).

3.3 Résultats

3.3.1 Recherche documentaire

La recherche électronique a identifié 840 références et notre recherche des références bibliographiques a permis l'inclusion de l'étude fondatrice de Stall et al. (2003). Après suppression des doublons, 305 références ont été examinées pour inclusion. Le diagramme de flux réalisé à l'aide de PRISMA2020 développé par Haddaway et al. (2022) se trouve à la Fig. 9.

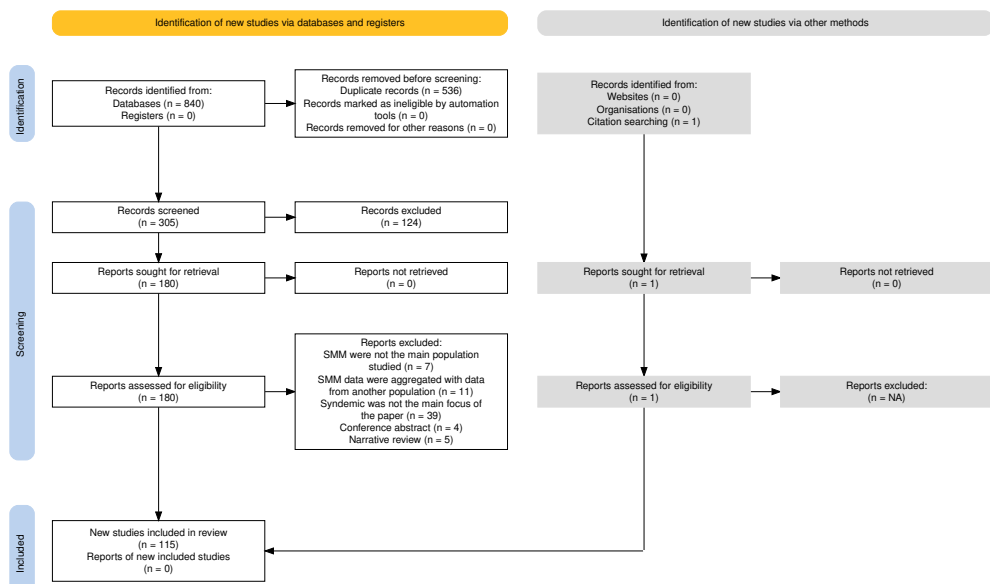


Fig. 9. – Diagramme de flux PRISMA de l'étude de la portée

Suite à l'examen du titre et du résumé, 124 références ont été exclues. Les deux principales raisons d'exclusion à ce stade étaient : (1) une population principale autre que les HMS (n=49) ; (2) un sujet principal autre que la syndémie (n=37). Trente-huit études ont été exclues parce que le type de publication ne répondait pas à nos critères d'inclusion.

Les textes complets des 181 articles restants ont été obtenus et lus. Soixante-six ont été exclus après cette phase. Durant les étapes précédentes, nous avons décidé de conserver les articles comprenant un échantillon mixte (HMS et une autre population). Après consultation des articles complets, nous avons exclu les études si les données des HMS étaient agrégées avec celles d'une autre population (N = 11), des femmes trans, dans la majorité des cas.

3.3.2 Comment sont conduites les études concernant la théorie syndémique appliquée aux HMS ?

Caractéristiques générales des études – La date de publication des études s'étend de 2003 à 2021 avec une augmentation marquée du nombre d'articles publiés annuellement à partir de 2013, comme l'illustre la Fig. 10. On observe également une augmentation de la diversité des études, tant dans le *design* employé que dans les continents où les études ont été menées.

Cependant, malgré cette diversité croissante, la grande majorité des études ont été menées en Amérique du Nord ($N = 79$), avec une large prédominance d'études aux États-Unis ($N = 67$). La majorité des études restantes se situaient ensuite en Asie ($N = 16$) ou en Europe ($N = 6$). L'Amérique du Sud ($N = 4$) et l'Afrique ($N = 3$) étaient les continents les moins représentés.

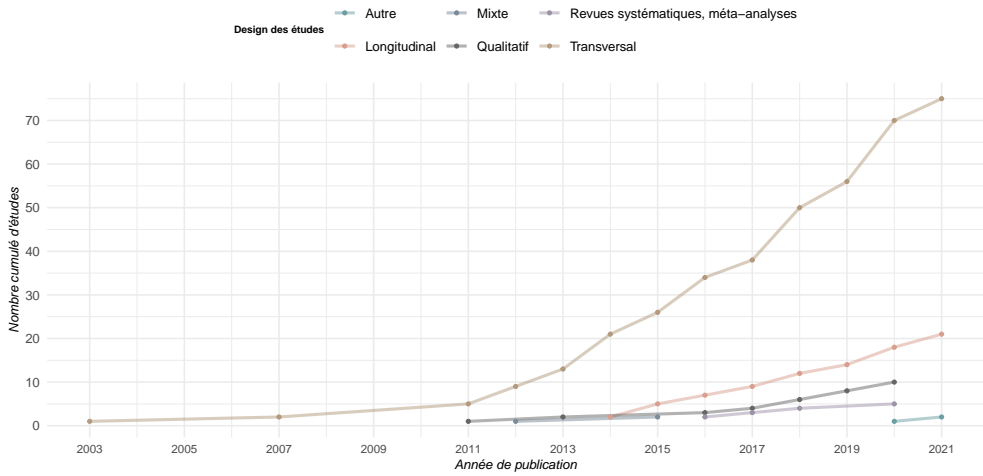
En termes de *design*, un schéma similaire apparaît, la plupart des études ayant employé un *design* transversal ($N = 75$). Le nombre d'études longitudinales a augmenté régulièrement depuis 2014 et représente 18% des articles. La durée des études longitudinales variait de 6 à 120 mois.

Comparées aux études quantitatives, les études qualitatives sont sous-représentées, avec seulement dix articles.

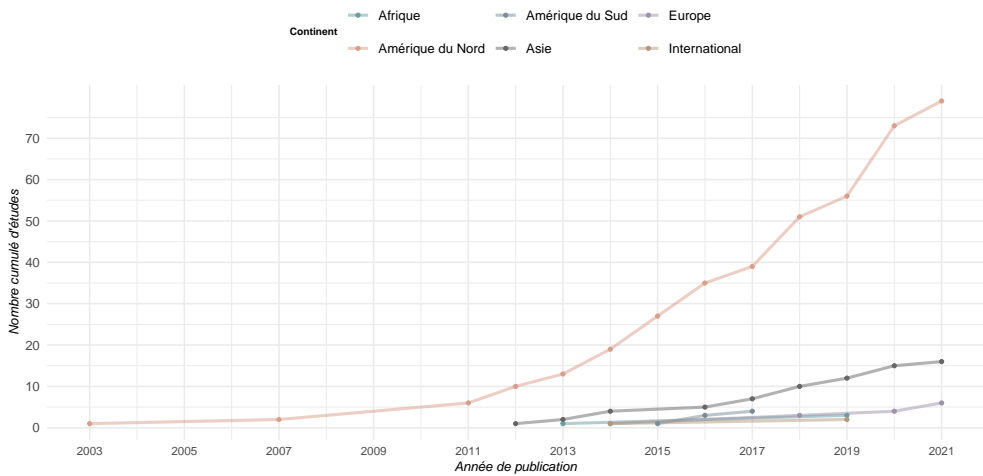
En termes de méthode d'analyse, la plus courante est l'analyse thématique ($N = 5$). Le reste des études consiste en une analyse par cadre ($N = 2$), une théorisation ancrée ($N = 1$), une induction analytique ($N = 1$) et une analyse comparative constante ($N = 1$).

Nous avons identifié deux articles employant un *design* à méthodes mixtes (Buttram & Kurtz, 2015; Halkitis et al., 2012). Buttram & Kurtz (2015) ont utilisé un *design* transversal pour la partie quantitative et des entretiens approfondis analysés par théorisation ancrée pour la partie qualitative, tandis que Halkitis et al. (2012) ont utilisé une enquête quantitative transversale et des entretiens approfondis.

Les premières revues systématiques et méta-analyses ont été publiées en 2016, tandis que les premières études interventionnelles ont été publiées en 2020. Enfin, la taille médiane de l'échantillon des études est de 454,5 (étendue : 15 - 24 274) et l'âge moyen des participants, lorsque rapporté, varie de 16 à 58 ans.



(a) Nombre d'études, par type de *design*, par année de publication



(b) Nombre d'études, par continent et année de publication

Fig. 10. – Graphiques du nombre cumulé d'études publiées annuellement

Sous-populations étudiées – Moins de la moitié des études ($N = 51$) se concentrent sur une sous-population d’HMS ; parmi celles-ci, nous avons identifié sept types de sous-populations d’HMS : (a) les jeunes HMS ; (b) les HMS plus âgés ; (c) les HMS issus d’une minorité raciale ; (d) les HMS vivant avec le VIH ; (e) les HMS engagés dans le travail du sexe ; (f) les bisexuels ; et (g) les HTMS.

Parmi les études se concentrant sur un groupe d’âge spécifique, 12 études portent sur les jeunes adultes, deux études se concentrent sur les HMS plus âgés (Halkitis et al., 2012; Zepf et al., 2020) et une étude se concentre sur les adolescents (Perry et al., 2019). Les HMS noirs sont les HMS issus d’une minorité raciale les plus étudiés ($N = 15$), mais les études se concentrant sur eux ne représentent encore que 14% de notre échantillon. Sept études portent sur les HMS latinos et une étude porte à la fois sur les HMS noirs et les HMS latinos (Cassels et al., 2020).

Concernant le statut sérologique des HMS dans la littérature syndémique, 14 études sont entièrement composées d’un échantillon d’HMS vivant avec le VIH. Notamment, nous n’avons identifié aucune étude se concentrant sur les HMS issus de minorités raciales vivant avec le VIH. Enfin, les sous-populations d’HMS les moins représentées dans cette revue sont les HMS engagés dans le travail du sexe ($N = 3$), les bisexuels ($N = 2$) et les HTMS ($N = 1$). La Fig. 11 représente visuellement les sous-populations d’HMS dans les études incluses dans cet article.

Afin d’obtenir la connaissance la plus fine de la représentation des sous-populations d’HMS dans la littérature syndémique, nous avons également pris en compte les études qui ne se concentrent sur aucune sous-population en particulier, mais présentent des données et des analyses désagrégées pour une ou plusieurs sous-populations d’HMS. Huit études présentent de telles données : une pour les hommes bisexuels noirs (Dyer et al., 2020), quatre pour les hommes bisexuels (Bränström & Pachankis, 2018; Ferlatte et al., 2018a; Friedman et al., 2014; Mustanski et al., 2014), deux pour les HMS vivant avec le VIH (Kurtz et al., 2012; Ng et al., 2020) et une pour les HMS latinos et noirs (Mustanski et al., 2017).

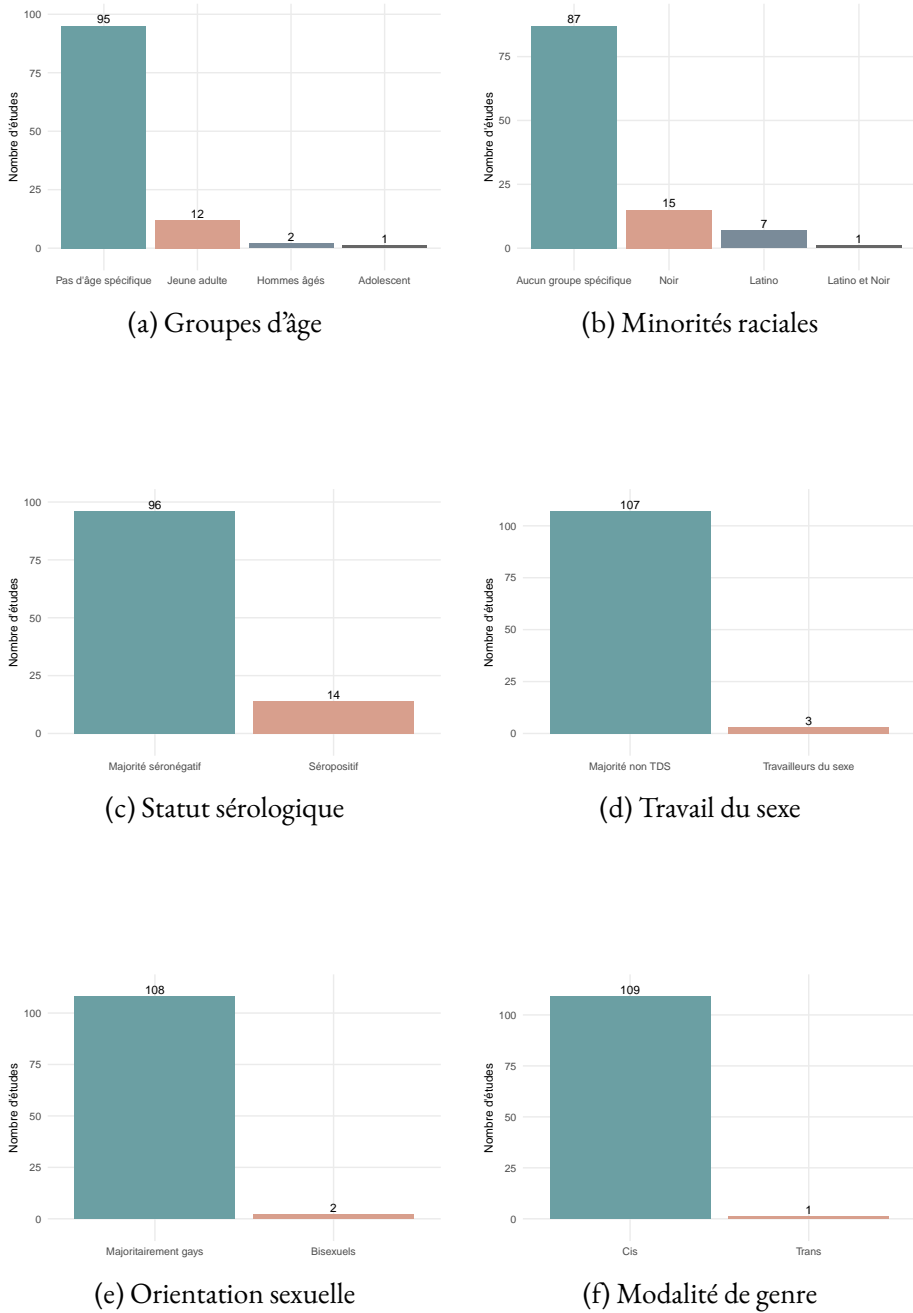


Fig. 11. – Nombre d'études se concentrant sur une sous-population spécifique, par sous-population

Les conditions syndémiques et leur mesure – Nous avons identifié 46 conditions syndémiques différentes dans les 100 études quantitatives que nous avons incluses.

Les conditions liées à la santé que nous avons identifiées sont : la dépression ($N = 80$), le trouble de l'usage d'alcool ($N = 21$), la compulsivité sexuelle ($N = 19$), la suicidalité ($N = 16$), l'anxiété ($N = 15$), le trouble de l'usage de substances ($N = 14$), le PTSD ($N = 10$), la détresse mentale générale ($N = 5$), l'homophobie intériorisée ($N = 4$), la faible estime de soi ($N = 4$), les ISTs ($N = 3$), la subordination involontaire ($N = 2$), le diagnostic de VIH ($N = 3$), l'hostilité ($N = 2$), le stress ($N = 2$), l'expérience de traumatisme ($N = 2$), l'alexithymie ($N = 1$), le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ($N = 1$), l'évitement cognitif ($N = 1$), l'hypersexualité ($N = 1$), l'impulsivité ($N = 1$), la mauvaise santé physique ($N = 1$) et les troubles du sommeil ($N = 1$).

Parallèlement à ces conditions liées à la santé, nous avons également identifié de nombreuses conditions sociales : l'usage de substances ($N = 48$), la violence entre partenaires intimes (VPI) ($N = 47$), l'abus sexuel durant l'enfance ($N = 37$), la polyconsommation de substances ($N = 27$), la consommation excessive d'alcool ($N = 22$), les expériences de violence ($N = 17$), les comportements sexuels à risque ($N = 15$), l'usage d'alcool ($N = 12$), la discrimination ($N = 10$), le *chemsex* ($N = 7$), la solitude ($N = 6$), l'incarcération ($N = 5$), l'instabilité du logement ($N = 5$), l'usage de tabac ($N = 5$), l'abus durant l'enfance ($N = 4$), le faible soutien social ($N = 4$), le sexe transactionnel ($N = 3$), l'usage de drogues par voie intraveineuse ($N = 2$), la pauvreté ($N = 2$), le chômage ($N = 2$), le mauvais accès aux soins de santé ($N = 2$), la fréquentation de lieux de socialisation gay ($N = 1$) et le harcèlement scolaire ($N = 1$).

Nous avons choisi de distinguer le trouble de l'usage d'alcool, la consommation excessive d'alcool et l'usage d'alcool au lieu de les fusionner dans une catégorie plus large de «condition syndémique liée à l'alcool». Certains auteurs ont également considéré la «consommation importante d'alcool» (Martinez et al., 2016; 2020) ou «l'usage important d'alcool» (Mimiaga et al., 2015), mais nous avons choisi d'agrèger ces conditions sous «consommation excessive d'alcool», par souci de clarté.

De même, nous distinguons l'usage de substances, le trouble de l'usage de substances, l'usage de drogues par voie intraveineuse, la polyconsommation de substances, l'usage de marijuana, l'usage de tabac et le chemsex, puisqu'ils diffèrent en termes de dommages potentiels et de contexte d'usage.

Afin de mieux comprendre les connexions entre les conditions syndémiques dans les études, nous avons élaboré de réseau (Fig. 12). Les nœuds représentent les conditions syndémiques étudiées dans la littérature et les arêtes sont tracées entre deux nœuds lorsque deux conditions sont étudiées dans le même article de recherche. Les arêtes entre les nœuds sont plus épaisses si les deux conditions sont fréquemment étudiées ensemble et le

contour des nœuds représente un diagramme circulaire de leur fréquence dans la littérature syndémique.

Par exemple, la dépression, la condition la plus étudiée, apparaît dans 80% de notre échantillon. En tant que tel, le nœud est entouré d'un graphique représentant cette proportion. De plus, en tant que graphique dirigé par la force, la localisation des nœuds donne une indication concernant leur importance en termes de fréquence et de liaison avec d'autres conditions. Ainsi, la dépression occupe une position plus centrale que le TDAH, qui n'a été étudié qu'une seule fois.

Dans cette figure, nous avons divisé les conditions étudiées en quatre catégories : la santé mentale en mauve, les conditions sociales en vert, les conditions structurelles en gris et la santé physique en orange.

La figure montre que les conditions syndémiques structurelles et les conditions syndémiques liées à la santé physique sont beaucoup moins centrales, donc beaucoup moins étudiées, que les conditions syndémiques sociales et les conditions syndémiques liées à la santé mentale qui sont situées vers le centre du graphe.

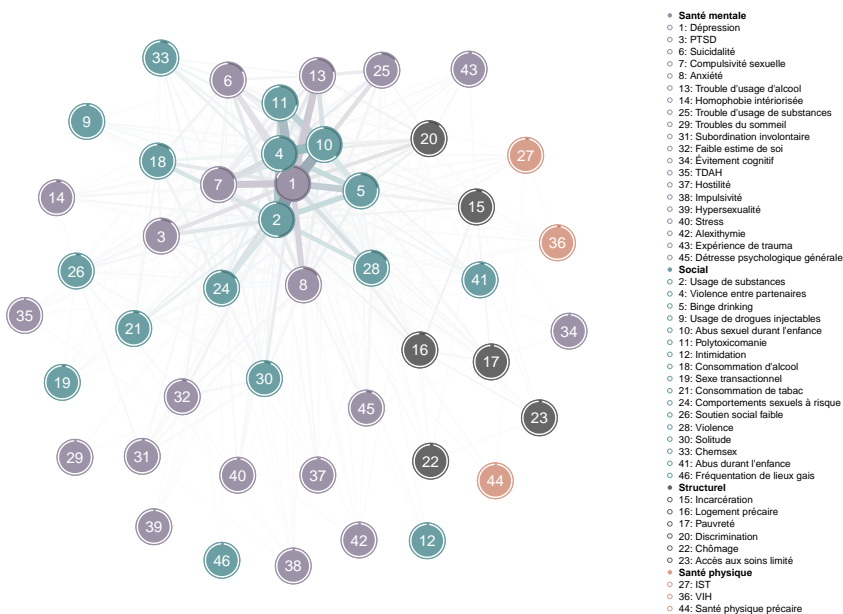


Fig. 12. – Réseau des conditions syndémiques de la littérature

Concernant les arêtes du réseau, nous avons identifié 341 paires de conditions syndémiques. Cependant, près de la moitié de ces paires de conditions ($N = 156$) n'apparaissent que dans un seul article de recherche. D'un autre côté, les paires de conditions syndémiques les plus étudiées étaient la dépression et la VPI ($N = 37$), la dépression et l'usage de sub-

stances ($N = 36$), la dépression et l'abus sexuel dans l'enfance ($N = 30$), la VPI et l'abus sexuel dans l'enfance ($N = 26$) et la dépression et la polyconsommation de substances ($N = 25$).

La partie suivante de notre question de recherche consistait à examiner comment les conditions syndémiques étaient étudiées dans la littérature.

Pour les conditions syndémiques les plus souvent étudiées, nous avons trouvé un degré élevé de variabilité dans leur mesure. Différents auteurs ont utilisé différentes échelles ou critères et, même lorsque la même échelle ou les mêmes critères étaient employés, le seuil ou la période de référence différaient entre les études.

Par souci de concision, nous ne fournirons qu'une description détaillée de la méthode de mesure pour les cinq conditions syndémiques les plus étudiées. Des informations détaillées sur les conditions syndémiques les plus affectées par l'hétérogénéité méthodologique peuvent être trouvées dans les tableaux annexes de l'étude publiée (Ouafik et al., 2022).

Pour la dépression, 20 échelles ou critères différents sont utilisés parmi les 80 études dans lesquelles cette condition a été étudiée. Les échelles les plus fréquemment utilisées sont l'échelle complète du *Center for Epidemiologic Studies - Depression* (CESD) ($N = 26$) et la version à dix items de cette échelle (CESD-10) ($N = 11$), la version à neuf items du *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) ($N = 9$) et le *Beck Depression Inventory* (BDI) ($N = 5$). Les seuils pour ces échelles variaient le plus pour le CESD (étendue : 16 à 27) et le PHQ-9 (étendue : 5 à 15).

Lorsqu'une échelle n'est pas utilisée, le critère le plus fréquent pour évaluer la présence de dépression est le fait que le participant prenne un médicament pour la dépression au cours des 12 derniers mois ($N = 4$).

Pour l'usage de substances, nous avons examiné la classe de substances explicitement dépistées par les auteurs ainsi que la période de référence utilisée. La classe de substances la plus fréquemment dépistée est les stimulants (c'est-à-dire cocaïne/crack, amphétamines ; $N = 42$), suivis des dépresseurs (c'est-à-dire GHB/GBL, benzodiazépines sans ordonnance ; $N = 21$), des opioïdes (c'est-à-dire usage inapproprié d'opioïdes et héroïne ; $N = 21$), de la marijuana ($N = 18$), de l'ecstasy/MDMA ($N = 18$), des hallucinogènes (c'est-à-dire kétamine, psilocybine, phencyclidine ; $N = 18$), des inhalants (protoxyde d'azote, poppers ; $N = 15$) et des nouvelles substances psychoactives (c'est-à-dire cannabinoïdes synthétiques, cathinones ; $N = 3$). Les périodes de référence vont du mois précédent à l'ensemble de la vie.

Pour la polyconsommation de substances, 18 études considèrent qu'il y a polyconsommation de substances lorsque trois classes de substances ou plus sont utilisées, tandis que neuf études définissent la polyconsommation de substances comme l'usage de plus d'une classe de substances. En outre, six études excluent la marijuana des classes de substances dépistées

et deux études excluent les stimulants, car les stimulants étaient déjà dépistés dans une autre condition syndémique.

Cinq types de VPI ont été identifiés : la violence physique ($N = 38$), la violence psychologique ($N = 25$), la violence sexuelle ($N = 23$), la violence liée à l'orientation sexuelle (par exemple menace de révéler l'orientation sexuelle du partenaire ; $N = 3$) et la violence liée au VIH (par exemple, menace de divulguer le statut sérologique du partenaire ; $N = 1$). Les périodes de référence varient du mois précédent à l'ensemble de la vie.

Pour l'abus sexuel dans l'enfance, nous avons identifié 14 définitions différentes et trois échelles parmi les 37 études. Les diverses définitions diffèrent concernant l'âge auquel un rapport sexuel s'est produit pour être qualifié d'abus sexuel durant l'enfance, l'écart d'âge entre la victime et l'auteur et si le rapport sexuel était consenti ou non. La définition la plus fréquente est celle de Finkelhor (1994) : toute expérience sexuelle avant 13 ans avec une personne d'au moins cinq ans plus âgée ou toute expérience sexuelle entre 13 et 17 ans avec une personne d'au moins dix ans plus âgée ($N = 7$).

Critères de jugement et leur mesure – Nous avons identifié 22 critères de jugement différents dans notre échantillon d'études quantitatives. Les comportements sexuels à risque constituent le critère de jugement le plus fréquemment étudié, apparaissant dans 60 articles de recherche. Le deuxième critère de jugement le plus étudié est le diagnostic de VIH ($N = 20$), suivi du diagnostic d'IST ($N = 10$), de l'adhésion au traitement antirétroviral ($N = 6$), de l'usage de la PrEP ($N = 4$), de l'utilisation des soins de santé ($N = 4$) et des conditions syndémiques elles-mêmes ($N = 4$). Moins souvent, les chercheurs utilisent également la charge virale ($N = 3$), la suicidalité ($N = 3$) ou l'engagement dans le sexe transactionnel ($N = 3$) comme critères de jugement.

Les autres critères de jugement ne sont étudiés qu'une seule fois : le dépistage du VIH (Chandler et al., 2020a), la transmission du VIH (Satyanarayana et al., 2021), la cascade de soins du VIH (Biello et al., 2016), la violence sexuelle (Semple et al., 2017), l'usage de substances (Turpin et al., 2020), la pratique du *chemsex* (Friedman et al., 2014), avoir des rapports sexuels avec des hommes et des femmes (Eaton et al., 2013), les comportements de recherche d'aide (Achterbergh et al., 2021), l'activité physique (Zhang et al., 2019), le contrôle glycémique (Byg et al., 2016), la dérégulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire (Carrico et al., 2018) et l'élévation des cytokines/chimiokines rectales (Tapia et al., 2021).

Il existe un degré élevé de variabilité dans la définition de ce qui constitue des comportements sexuels à risque, bien que le proxy le plus fréquemment utilisé soit, de loin, les rapports anaux sans préservatif ($N = 57$). Utilisés conjointement avec les rapports anaux sans préservatif, d'autres proxys du risque sexuel sont le nombre de partenaires ($N = 11$), l'usage de substances durant les rapports sexuels ($N = 3$), les rapports vaginaux sans préservatif ($N = 2$), les rapports oraux sans préservatif ($N = 1$), les rapports sexuels avec des

partenaires féminines ($N = 1$), l'engagement dans des rapports sexuels de groupe ($N = 1$) et la non-divulgaration du statut sérologique VIH avant le premier rapport sexuel avec le partenaire principal actuel ($N = 1$). Lorsque le VIH est utilisé comme critère de jugement, il est auto-rapporté dans plus de la moitié des études (11 études sur 20). De même, pour le diagnostic d'IST, l'auto-déclaration est utilisée dans cinq articles sur dix.

Interventions – Nous avons identifié seulement deux études interventionnelles guidées par la théorie syndémique (Achterbergh et al., 2021; Chakrapani et al., 2020).

Chakrapani et al. (2020) ont utilisé un *design* prétest/post-test avec groupe de comparaison non équivalent et l'intervention consistait en des entretiens motivationnels. L'objectif de cette intervention était de réduire les rapports anaux sans préservatif en renforçant le sentiment d'auto-efficacité vis-à-vis des préservatifs et en s'attaquant aux conditions syndémiques cooccurrentes.

Achterbergh et al. (2021) ont mené un essai contrôlé randomisé et l'intervention consistait en un retour personnalisé et des conseils de recherche d'aide concernant le dépistage de la santé mentale. Le critère de jugement principal était d'augmenter les comportements de recherche d'aide ; les critères de jugement secondaires étaient la réduction des comportements sexuels à risque et l'incidence des IST. L'intervention a duré 12 mois dans les deux études.

Dans l'étude de Chakrapani et al. (2020), l'intervention a réussi à réduire les conditions psychosociales étudiées (dépression, usage d'alcool et homophobie intériorisée) et à améliorer l'usage des préservatifs. En outre, une synergie, mesurée par un terme d'interaction sur les échelles additive et multiplicative, est présente pour la dépression et l'usage d'alcool ainsi que pour la dépression et l'homophobie intériorisée sur l'usage inconstant des préservatifs. Enfin, une analyse de médiation a révélé que l'amélioration de l'usage constant des préservatifs était due à une amélioration du sentiment d'auto-efficacité vis-à-vis des préservatifs causée par une réduction de l'usage d'alcool et de l'homophobie intériorisée.

En revanche, l'essai contrôlé randomisé mené par Achterbergh et al. (2021) n'a pas permis d'influencer le critère de jugement principal ni sur les deux critères de jugement secondaires.

Synthèse des revues – Nous avons identifié trois revues systématiques (Lassiter & Parsons, 2016; Lewis & Wilson, 2017; Woodward et al., 2017) et deux méta-analyses (Pantalone et al., 2020; Rooney et al., 2018) dans notre revue.

L'étude de Woodward et al. (2017) visait à identifier un ensemble de ressources de résilience chez les HMS touchés par le stress minoritaire et les conditions psychosociales afin d'améliorer la prévention du VIH. Ils ont inclus 20 études dans leurs revues et ont identifié 31 ressources de résilience, le soutien social et les revenus financiers étant les deux plus fréquemment citées. Il convient de noter que la plupart de ces ressources étaient associées à un risque de VIH plus faible.

Lassiter & Parsons (2016) cherchaient à proposer un cadre incluant la religion et la spiritualité dans la recherche sur le VIH avec les HMS. Ils ont constaté que la religion et la spiritualité avaient un effet mixte sur les conditions syndémiques, mais pouvaient être plus bénéfiques pour les HMS issus de minorités raciales que pour les HMS blancs. La revue est toutefois relativement petite (incluant neuf études), car ces deux facteurs sont très rarement étudiés dans la littérature syndémique.

Lewis & Wilson (2017) ont cherché à examiner la prévalence du VIH et les comportements à risque associés chez les HMS migrants et issus de minorités ethniques en Amérique du Nord et en Europe. Ils ont trouvé des prévalences élevées pour le VIH et ainsi que pour les facteurs de risque associés et proposent que la migration transnationale pourrait faire partie d'une syndémie.

Dans leur méta-analyse, Rooney et al. (2018) ont étudié les conditions syndémiques associées à la compulsivité sexuelle chez les HMS et ont calculé la taille d'effet moyenne ainsi que si cet effet variait en fonction du type de conditions syndémiques associées. Ils ont inclus 36 articles et ont constaté que la compulsivité sexuelle était significativement associée à sept conditions syndémiques (anxiété, dépression, abus sexuel dans l'enfance, usage d'alcool, usage de substances, VPI et comportements sexuels à risque). Les deux associations les plus fortes étaient avec la dépression et l'anxiété.

Enfin, Pantalone et al. (2020) ont cherché à mieux comprendre l'état des interventions ciblant conjointement les conditions syndémiques interconnectées et les comportements de santé liés au VIH chez les HMS. Ils ont inclus 43 études et ont trouvé un petit effet positif significatif des interventions comportementales combinées pour améliorer la santé mentale, l'usage de substances, l'usage d'alcool et les comportements sexuels à risque, avec une hétérogénéité significative.

Cadres supplémentaires utilisés dans les études – Vingt études utilisent un cadre supplémentaire aux côtés de la théorie syndémique. Le plus largement utilisé est la théorie de la résilience (N = 10), suivi, du modèle de stress minoritaire (N = 5) et, plus rarement, de l'intersectionnalité (N=2), de la théorie socio-cognitive (N=2), de la salutogenèse (N=1) et du cadre écologique (N=1).

3.3.3 Comment le concept d'interaction est-il exploré dans la recherche syndémique appliquée aux HMS ?

Statistiques utilisées pour démontrer une interaction – Notre revue révèle un degré élevé de variabilité dans les analyses statistiques. La méthode statistique la plus fréquemment utilisée est l'analyse de régression utilisant un score de sommation des conditions syndémiques (N = 68), telle que décrite dans le Chapitre 2. Parmi les études employant cette méthode, 45 n'utilisent aucune autre méthode pour déterminer le degré d'interaction entre

les conditions syndémiques. En comparaison, seules 13 études ont tenté d'évaluer l'écart par rapport à l'additivité sur les échelles additive et/ou multiplicative, comme recommandé par Tsai & Burns (2015) pour démontrer une synergie entre les conditions syndémiques. Des exemples de mesures pour évaluer l'écart par rapport à l'additivité sont le risque excédentaire relatif dû à l'interaction (RERI), la proportion attribuable due à l'interaction (AP) et l'indice de synergie (S). En outre, certaines études ont cherché à obtenir une meilleure compréhension du mécanisme d'interaction entre les conditions syndémiques et le critère de jugement en utilisant l'analyse de médiation ($N = 12$), l'analyse de modération ($N = 8$), la modélisation par équations structurelles ($N = 7$) ou l'analyse de chemin (*path analysis*) ($N = 1$). De plus, huit études utilisent la modélisation de variables latentes, telles que l'analyse factorielle exploratoire/confirmatoire, l'analyse de profils latents, l'analyse de classes latentes ou l'analyse de transition latente.

Au moment de réaliser cette étude, seules deux études avaient employé une analyse de réseau (Lee et al., 2020a; 2020b). Enfin, d'autres analyses statistiques utilisées pour évaluer l'interaction sont le rapport observé/attendu ($N = 2$), l'analyse de clusters ($N = 1$), la matrice de corrélation point-bisérielle ($N = 1$) et l'analyse factorielle de synergie ($N = 1$).

Mécanismes d'interaction proposés – Dans notre échantillon d'études quantitatives, nous n'avons trouvé qu'une étude proposant un mécanisme d'interaction biologique (Carrico et al., 2018) et deux études décrivant un mécanisme d'interaction biosociale (Klein, 2011; Tapia et al., 2021).

Carrico et al. (2018) ont montré que les effets combinés de l'infection par le VIH et de l'usage de méthamphétamine sont délétères pour le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien, lequel jouerait un rôle important dans l'effet de renforcement des stimulants.

Klein (2011) a proposé que les attitudes envers l'usage des préservatifs constituent l'un des facteurs clés contribuant aux rapports sexuels sans préservatif et, par conséquent, à l'infection par le VIH. Dans leur étude, les attitudes envers les préservatifs sont prédites par une faible estime de soi, car l'usage des préservatifs représente un mécanisme d'autoprotection, ainsi que par les préférences sexuelles, l'usage de substances, l'origine ethnique et l'éducation. En outre, la négligence émotionnelle durant l'enfance a une influence négative sur l'estime de soi, contribuant ainsi indirectement à la prise de risque sexuel.

Pour finir, Tapia et al. (2021) ont démontré qu'un nombre plus élevé de conditions syndémiques est associé à une élévation des cytokines/chimiokines rectales impliquées dans la transmission du VIH/IST. Ce résultat présente une voie par laquelle la dépression, le trouble de l'usage d'alcool, l'usage de substances et le PTSD peuvent augmenter la susceptibilité biologique au VIH/IST. Malheureusement, en utilisant uniquement un score de sommation pour mener une analyse de régression, aucune synergie entre les conditions n'est évaluée.

Les études qualitatives proposent des mécanismes d'interaction biosociale plus souvent que les études quantitatives. Nous avons identifié cinq articles avec de telles hypothèses d'interaction (Chakrapani et al., 2019); (Lyons et al., 2013; Maiorana et al., 2020; Pollard et al., 2018; Quinn, 2019). En revanche, nous n'avons trouvé aucun article qualitatif explorant l'interaction biologique.

La stigmatisation et les inégalités structurelles sont indiquées par les cinq articles comme les causes profondes des conditions syndémiques et des comportements à risque de VIH. Maiorana et al. (2020) ont montré que la dépendance économique et la peur de la violence peuvent maintenir les jeunes HMS noirs dans des relations dysfonctionnelles marquées par la VPI et l'abus de substances, ce qui augmente leurs chances d'incarcération et d'infection par le VIH. En outre, la méthamphétamine est utilisée comme stratégie d'adaptation tout en représentant simultanément un facteur potentiel d'acquisition ou de transmission du VIH à d'autres, notamment lors de fêtes sexuelles.

Ce résultat de l'usage de substances comme mécanisme d'adaptation est soutenu par l'étude de Pollard et al. (2018) qui ont constaté que les stratégies d'adaptation inadaptées au stress minoritaire et l'espace performatif de résistance de la scène gay contribuaient à l'usage du chemsex.

Pour les HMS noirs, d'autres sources de violence structurelle, telles que la ségrégation résidentielle, contribuent, aux côtés de la pauvreté, du chômage, de la violence, de l'instabilité du logement, de l'incarcération et du mauvais accès aux soins de santé, à des attentes autour de la masculinité qui peuvent entrer en conflit avec l'orientation sexuelle des HMS noirs, conduisant à l'homophobie intériorisée (Quinn, 2019). L'homophobie intériorisée, à son tour, peut conduire à une mauvaise santé mentale ainsi qu'à l'abus de substances et à la prise de risque sexuel comme mécanismes d'adaptation. De plus, l'usage de la PrEP, perçu comme une « pilule gay », peut avoir un impact négatif sur l'utilisation de la PrEP dans cette communauté.

Lyons et al. (2013) ont également montré que la marginalisation des jeunes HMS au sein de leur école, de leurs communautés d'origine et de leurs familles résultait en un manque de prévention du VIH spécifique aux gays, d'éducation, de modèles et d'activités productives orientées vers des objectifs. Les jeunes HMS séropositifs de cette étude ont lié ces facteurs à leur acquisition du VIH.

Enfin, Chakrapani et al. (2019) ont montré le rôle du soutien familial et des communautés d'HMS comme ressources de résilience pour contrecarrer les effets négatifs de la stigmatisation et des conditions syndémiques.

Quels étaient les principaux résultats de ces études ? – Dans presque toutes les études quantitatives, les conditions syndémiques choisies par les auteurs sont associées aux critères

de jugement d'intérêt. Cependant, certaines divergences intéressantes dans les résultats méritent d'être soulignées.

Ainsi, sur le sujet de la synergie, les résultats sont contradictoires entre les études. Les résultats de Chakrapani et al. (2019) soutiennent les trois modèles d'épidémies en interaction (épidémies interagissant de manière synergique, épidémies causales en série et épidémies causales mutuelles) avec le soutien le plus fort pour le modèle synergique. Ces résultats sont soutenus par d'autres études qui ont trouvé une synergie par l'écart par rapport à l'additivité, en utilisant des mesures telles que RERI, AP ou S, ou par l'emploi de termes de produit significatifs sur l'échelle multiplicative (Bulled, 2021; Chakrapani et al., 2020; Chandler et al., 2020a; 2020b; Chuang et al., 2021; Tomori et al., 2018).

Cependant, d'autres études n'ont trouvé aucune synergie entre les conditions syndémiques en utilisant la même approche statistique (Batchelder et al., 2019; Ferlatte et al., 2018b; Shuper et al., 2020).

Des résultats contradictoires sont également présents pour les bisexuels. Bränström & Pachankis (2018) n'ont trouvé aucune agrégation de conditions syndémiques pour ces derniers, tandis que Mustanski et al. (2014) ont trouvé un regroupement plus fort de conditions syndémiques chez les jeunes bisexuels comparés aux jeunes gays. En outre, les hommes gays noirs dans l'étude de Dyer et al. (2020) présentaient davantage d'ISTs que les bisexuels noirs. Ferlatte et al. (2018a) ont trouvé plus de conditions syndémiques chez les gays comparés aux bisexuels, principalement en raison de l'usage de drogues festives et du traitement pour la dépression ou l'anxiété. Enfin, dans un échantillon de bisexuels latinos, avoir deux conditions syndémiques prédisait les rapports anaux réceptifs sans préservatif et le diagnostic d'IST, mais pas les rapports anaux insertifs ni les rapports vaginaux sans préservatif (Muñoz-Laboy et al., 2018).

En outre, dans une étude longitudinale, les HMS noirs présentaient l'incidence de VIH la plus élevée tout en ayant un nombre de conditions syndémiques plus faible que les HMS blancs, soulevant l'intérêt de se pencher sur des conditions syndémiques spécifiques aux HMS noirs (Mustanski et al., 2017). De manière notable, Bulled (2021), a observé une synergie uniquement pour les HMS blancs dans leur réanalyse des données de Stall et al. (2003). Pour expliquer cela, les auteurs ont proposé que, pour les HMS issus de minorités raciales, les désavantages structurels limitant l'accès aux soins de santé puissent être plus importants que l'usage de substances et la violence.

Bien que les rapports anaux sans préservatif soient souvent utilisés comme proxy du risque d'acquisition du VIH ou d'une autre IST, les résultats de certaines études tendent à montrer certaines limites de ce proxy. Par exemple, Moeller et al. (2011) ont trouvé une association entre les conditions syndémiques et les rapports anaux sans préservatif, mais pas avec le diagnostic de VIH. Un pattern similaire apparaît dans une étude longitudinale qui a trouvé une association entre les conditions syndémiques et les comportements sexuels à risque,

mais pas avec l'incidence du VIH ou des IST (Mustanski et al., 2017). En revanche, certains auteurs ont mis en évidence une association entre les conditions syndémiques et le VIH, mais pas avec l'usage des préservatifs (Chuang et al., 2018).

Pour finir, le mésusage d'alcool est lié de manière incohérente à la prise de risque. Card et al. (2018) n'ont trouvé aucune association entre le score AUDIT et les comportements sexuels à risque, tandis qu'une autre étude utilisant l'analyse de classes latentes a trouvé que la classe avec mésusage d'alcool présente un niveau plus faible de comportements à risque (Scheer et al., 2021). Néanmoins, le mésusage d'alcool est associé à la non-adhésion à la PrEP (Shuper et al., 2020).

3.4 Discussion

L'objectif de cette étude de la portée était de cartographier les connaissances sur la recherche syndémique appliquée aux HMS.

À cette fin, nous avons analysé 115 articles et avons constaté que la littérature était à la fois trop homogène dans certains aspects tout en étant trop dispersée à d'autres égards.

Comme nous le discuterons plus en profondeur ci-dessous, la localisation, le design, les sous-populations et les critères de jugement manquaient de diversité. D'un autre côté, les conditions syndémiques et les modes de mesure n'étaient pas suffisamment standardisés pour garantir la robustesse, la reproductibilité et la comparabilité des résultats. En outre, une partie substantielle de la littérature ne fournit pas de données empiriques pour soutenir l'un des principes fondamentaux de la théorie syndémique — à savoir l'interaction entre maladies, comme nous l'avons déjà évoqué dans le chapitre précédent.

3.4.1 Localisation

La localisation des études est un aspect de la littérature syndémique souffrant de trop d'homogénéité. En effet, 72% des études sont menées en Amérique du Nord seule, tandis que toutes les études menées dans les pays du Sud global ne représentent que 21% de notre échantillon.

Trois problèmes découlent de cette situation. Premièrement, la sous-représentation des pays du Sud global compromet notre compréhension de la santé des HMS vivant dans ces pays. En outre, comme l'ont souligné Weaver & Kaiser (2020), les outils de mesure utilisés pour évaluer la présence d'une condition syndémique dans le contexte occidental peuvent ne pas être efficaces dans un autre contexte socioculturel, en particulier concernant la santé mentale. Puisque les syndémies sont guidées par les forces socioculturelles d'un lieu donné à un moment donné, ces biais potentiels doivent être abordés afin de mener des recherches

significatives en dehors de l'Europe et de l'Amérique du Nord. De plus, même pour les études menées en Occident, une grande partie de la recherche agrège des données de différentes villes, comtés, États ou même pays afin d'obtenir un échantillon suffisamment large pour mener des analyses statistiques.

Ce faisant, les variations géographiques dans les syndémies risquent d'être manquées. La migration des HMS vers les grandes villes est un phénomène bien connu et considéré comme une partie importante de la production syndémique chez les HMS tout autant qu'une source de résilience (Bruce et al., 2011; Stall et al., 2007). Les différences dans la densité de lieux de socialisation gay et d'organisations de pairs ainsi que l'exposition à la discrimination et à la violence ou un accès plus facile aux substances doivent être prises en compte lors de l'étude d'une syndémie. Comme Shrestha et al. (2020) l'ont suggéré, la recherche syndémique doit incorporer des données d'épidémiologie spatiale pour mieux comprendre les interactions des forces socio-économiques dans l'espace physique et comment ces forces peuvent influencer la santé.

Dans leur article, ils illustrent leur cadre avec une « syndémie basée sur les seringues » du VHC, du VIH et des décès liés aux opioïdes en Virginie-Occidentale et décrivent comment des variables liées à l'espace physique, telles que la disponibilité locale de drogues, ont alimenté cette syndémie.

3.4.2 Design

Le *design* des études syndémiques est un autre élément souffrant d'un manque de diversité. Le champ est dominé par les études quantitatives, les articles qualitatifs ne représentant que 9% de notre échantillon. De plus, 75% des études quantitatives étaient transversales. Compte tenu du modèle de syndémogenèse présenté dans le Chapitre 2, des études longitudinales se déroulant sur une longue période sont probablement nécessaires pour étudier la production syndémique chez les HMS.

En outre, comme le montrent nos résultats, les articles qualitatifs sont plus enclins à discuter des interactions potentielles entre les conditions syndémiques. Certains concepts et expériences nécessaires pour comprendre la production syndémique chez les HMS ne peuvent être étudiés que par une approche qualitative. Par exemple, les narratifs complexes entourant l'usage de drogues et son lien avec la solitude, la marginalisation, l'affirmation personnelle, la résistance et l'absence de connexions émotionnelles significatives (Pollard et al., 2018) seraient difficiles à mesurer et à modéliser en utilisant des données quantitatives. Comme Tsai (2018) l'a précédemment souligné, la simplification inévitable nécessaire pour estimer des modèles statistiques peut simplifier à outrance les dynamiques sous-jacentes. Des études à méthodes mixtes nous paraissent donc nécessaires pour compléter une estimation statistique robuste avec des aperçus sur les mécanismes socioculturels et

sur les expériences vécues des personnes confrontées à ce regroupement de conditions adverses. Notre revue n'a identifié que deux études employant une telle méthodologie. Les recherches futures bénéficieraient de la génération et de l'analyse de données qualitatives pour soutenir et enrichir leurs résultats quantitatifs.

Enfin, nous avons identifié deux études interventionnelles avec des résultats mitigés. L'efficacité des interventions qui ciblent des conditions syndémiques interconnectées est soutenue par la méta-analyse de Pantalone et al. (2020), indiquant que les interventions basées sur la théorie syndémique sont prometteuses pour améliorer la santé des populations marginalisées. Néanmoins, les résultats mitigés présentés dans notre revue reflètent probablement la superficialité actuelle de notre compréhension du fonctionnement des syndémies. Par conséquent, nous devrions nous efforcer de combler cette lacune dans les connaissances afin d'améliorer la conception des interventions futures.

Cependant, nous ne recommandons pas d'attendre avant de concevoir et de tester des interventions basées sur la syndémie, car de telles interventions peuvent également contribuer à notre compréhension des interactions entre maladies. À cet égard, nous partageons l'avis de Stall et al. (2015) dans leur réponse à la revue de Tsai & Burns (2015). Étant donné les dommages causés aux populations marginalisées par une syndémie, nous sommes également d'accord avec eux lorsqu'ils affirment que « [n]ous ne pouvons pas attendre que la question méthodologique de l'interaction soit résolue pour développer des interventions visant à aborder ces comorbidités au sein des populations à haut risque ». Néanmoins, seules deux interventions ont été menées depuis que ce commentaire a été écrit il y a dix ans et nous avons fait peu de progrès dans notre compréhension de l'interaction entre maladies. Cela indique un besoin urgent de faire avancer le champ, à la fois vers la compréhension des mécanismes et vers le développement et la mise en œuvre d'interventions.

3.4.3 Sous-populations

L'étude de la santé des HMS pose un défi concernant la diversité de cette population. Bien que près de la moitié des études incluses dans notre échantillon aient étudié une sous-population d'HMS, le nombre de sous-populations d'HMS est tel que la plupart des sous-populations d'HMS restent mal desservies. Par exemple, les jeunes HMS noirs sont spécifiquement étudiés dans deux études tout en représentant 52% des nouveaux diagnostics de VIH parmi les HMS âgés de 13 à 24 ans en 2018 (Disease Control And Prevention, 2020).

Cette divergence entre le nombre d'études se concentrant sur une sous-population et la prévalence très élevée de certaines conditions syndémiques, telles que l'infection par le VIH est encore plus préoccupante lorsque l'on considère les spécificités d'une position doublement minoritaire. Par exemple, certaines études ont constaté que les HMS noirs

présentaient un taux plus élevé de séroconversion au VIH que les HMS blancs tout en étant exposés à moins de conditions syndémiques (Mustanski et al., 2017).

Ces résultats sont soutenus par des données qualitatives suggérant que la théorie intersectionnelle offre le contexte nécessaire pour comprendre les syndémies chez les HMS noirs qui diffèrent des syndémies chez les HMS blancs (Quinn, 2019). En outre, les résultats de Bulled (2021) suggèrent que les désavantages structurels peuvent avoir plus de poids sur la vie des HMS noirs que les facteurs individuels, tels que l'usage de substances. Nous sommes d'accord avec les points de vue de ces auteurs et pensons qu'une plus grande attention devrait être accordée aux désavantages structurels, tels que le racisme institutionnel et comment il impacte l'émergence de différentes conditions syndémiques.

Les bisexuels constituent un autre exemple de population mal desservie avec des résultats contradictoires. Dans une étude transversale utilisant le score de sommation, les bisexuels latinos avec deux conditions syndémiques ou plus présentaient un OR de 7.09 pour les rapports anaux réceptifs sans préservatif, mais aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée pour les rapports anaux insertifs sans préservatif ou les rapports vaginaux sans préservatif (Muñoz-Laboy et al., 2018). Dans une autre étude, le nombre de conditions syndémiques était associé au diagnostic de VIH pour les gays, mais pas pour les hétérosexuels ou les bisexuels (Bränström & Pachankis, 2018). Parmi les jeunes gays et bisexuels, une étude a trouvé plus de conditions syndémiques et une plus grande association entre elles pour les bisexuels comparés aux gays (Mustanski et al., 2014). Au contraire, Ferlatte et al. (2018a) ont constaté que les gays étaient plus susceptibles que les bisexuels de souffrir de deux conditions syndémiques ou plus.

Ces résultats contradictoires peuvent être en partie dus à la difficulté de définir et d'opérationnaliser la bisexualité dans la recherche (Swan, 2018), aux différences entre les groupes d'âge ou aux différences dans les mécanismes syndémiques pour les bisexuels comparés aux gays. En dehors du champ de la littérature syndémique, les études suggèrent que les hommes bisexuels présentent des disparités similaires ou supérieures, comparés aux hommes gays (Chaudhry & Reisner, 2019; Salway et al., 2019) et la littérature spécifique aux hommes bisexuels reste rare. À l'avenir, la théorie syndémique devrait donc chercher à étudier la spécificité de cette population.

Premièrement, il est nécessaire de mieux conceptualiser et définir la bisexualité dans le champ — devrions-nous toujours utiliser uniquement une définition basée sur les comportements (comme dans l'idée d'« hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des femmes » (HSHF)), ou devrions-nous incorporer une auto-définition de l'orientation sexuelle ? Ensuite, les chercheurs devraient viser à désagréger les données concernant les hommes bisexuels des données concernant les hommes gays chaque fois que possible. Enfin, davantage de recherches se concentrant sur les hommes bisexuels sont nécessaires.

Enfin, les HTMS n'ont été inclus que dans une seule étude de notre échantillon. Ceci est préoccupant, d'autant plus que la plupart des études excluent les hommes transgenres par *design*, spécifiant explicitement le sexe comme critère de sélection. En tant que telle, cette population d'HMS est celle que nous connaissons le moins. Il est frappant de constater que le nombre d'études que nous avons dû exclure en raison de l'agrégation des femmes trans et des HMS était supérieur au nombre d'études éligibles se concentrant sur les HTMS. Cet amalgame entre HMS et femmes trans a déjà été critiqué (Poteat et al., 2016) et a contribué à notre décision d'exclure ce type d'études. Lier les femmes trans et les HMS sur la base d'une similitude supposée de biologie et de pratiques réduit les femmes trans à leur assignation de naissance.

Inversement, exclure les HTMS alors qu'ils semblent exposés à des patterns de risque similaires aux HCMS (Reisner et al., 2016) est, au mieux, révélateur d'un manque de connaissances sur cette population. En effet, il semble contre-productif de donner une telle préséance à l'assignation de naissance des participants par rapport à leurs réalités sociales, tout en utilisant un cadre qui considère les maladies comme socialement causées. Nous pensons que cette pratique est due à des biais cissexistes qui devraient être évités dans les recherches futures et reviendrons plus en avant sur ce point dans la Section 6.2.

3.4.4 Conditions syndémiques

Il existe un manque de consensus concernant le choix des conditions syndémiques et la manière dont elles devraient être mesurées. Nous avons identifié 46 conditions différentes dans notre échantillon quantitatif et neuf d'entre elles n'ont été étudiées qu'une seule fois. Malgré cette diversité de conditions syndémiques, l'impact de l'étude de Stall et al. (2003) est frappant.

Les conditions étudiées dans cet article (dépression, VPI, abus sexuel dans l'enfance et polyconsommation de substances) figurent parmi les cinq conditions les plus étudiées dans le champ. En outre, 92% des études quantitatives incluses dans notre revue considèrent au moins l'une des quatre conditions étudiées par Stall et ses collègues comme faisant partie d'une syndémie. Certaines de ces conditions sont des événements passés (par exemple historique de traumatisme ou abus sexuel durant l'enfance) tandis que la plupart étaient des conditions actuelles. Compte tenu de la nature transversale de 75% des articles quantitatifs, nous ne pouvons pas démêler comment les expériences passées peuvent influencer l'émergence d'une syndémie.

En outre, les études divergent sur ce qui représente une condition syndémique et ce qui peut conduire à l'émergence d'une syndémie. Par exemple, l'abus sexuel durant l'enfance est principalement considéré comme une condition syndémique en soi, mais pourrait très bien

être un facteur de risque pour l'émergence d'une syndémie, comme l'ont avancé certains auteurs (Herrick et al., 2013; Leblanc et al., 2021).

Les études qualitatives peuvent aider à distinguer entre les conditions syndémiques et les voies de syndémogenèse en tirant parti des narratifs des HMS avec plus de nuance que les études quantitatives. Les entretiens de récits de vie, par exemple, offrent l'opportunité d'explorer l'impact des événements précoces sur les vies des individus. Un exemple d'aperçus obtenus grâce à un tel *design* est l'étude d'Adam et al. (2018). Ils ont trouvé une voie majeure de syndémogenèse caractérisée par l'adversité durant l'enfance. Celle-ci conduit à la dépression, l'abus de substances et la prise de risque. En outre, ils ont mis en évidence deux voies mineures caractérisées par le stress migratoire ou le stress de transition de la maison vers le collège/travail. Ces résultats sont conformes à la théorie de Stall et al. (2007).

En outre, même lorsqu'une même condition a été étudiée dans plusieurs articles, les différences dans les méthodes de mesure entravent la reproductibilité des résultats. Par exemple, imaginons un survivant de violence sexuelle entre partenaires intimes avec un score CESD de 16, qui utilise de la marijuana régulièrement et de la cocaïne occasionnellement. Cet homme aurait été classé comme déprimé dans 46% des études utilisant le CESD, comme polyconsommateur de substances dans 26% des études considérant la polyconsommation de substances et comme survivant de violence entre partenaires intimes dans 49% des études considérant la VPI. En d'autres termes, la même personne aurait pu être classée comme ayant zéro, une, deux ou même trois conditions syndémiques, selon le *design* de l'étude. Considérant que la plupart des études utilisent un score de sommation du nombre de conditions syndémiques pour mener une analyse de régression, il semble évident que la mesure des conditions syndémiques impacte largement les résultats obtenus.

Une réponse absolue concernant le choix des conditions à mesurer est probablement irréaliste en raison des variations d'une sous-population à l'autre et d'un contexte géographique à l'autre. Nous estimons dès lors qu'il est capital de prêter plus d'attention au contexte local et à l'expérience vécue de la population à étudier lors de la sélection des conditions syndémiques à investiguer.

À ce titre, le Chapitre 4 vise précisément à interroger des membres d'organisations communautaires au service des HMS pour nous aider à sélectionner les variables plus pertinentes pour l'enquête quantitative du Chapitre 5.

De plus, des études qualitatives exploratoires peuvent également servir de première étape dans la description d'un arrangement syndémique avant de sélectionner des conditions syndémiques pour une étude quantitative. Comme Singer et al. (2020) l'ont déclaré : « [l]a relation syndémique doit d'abord être observée, puis mesurée, non théorisée et utilisée pour prédire les résultats des maladies ».

3.4.5 Outcomes

En tout, 97% des études quantitatives de notre échantillon présentaient un *outcome* lié au VIH, que ce soit sous la forme de comportements sexuels à risque, de diagnostic de VIH, de dépistage du VIH, d'adhésion au traitement antirétroviral, d'usage de la PrEP, de charge virale ou d'engagement dans les soins du VIH. Cette omniprésence du VIH dans la littérature syndémique appliquée aux HMS est compréhensible au vu de l'histoire de la syndémie détaillée dans le Chapitre 2.

Sans nier l'importance de la pandémie de VIH, notamment pour les HMS, et en particulier dans les pays du Sud global, où davantage de recherches sur les syndémies sont nécessaires, nous rappelons ici que le VIH n'est pas le seul problème nécessitant notre attention. En effet, avec les progrès du traitement antirétroviral et le déclin subséquent de la mortalité liée au VIH, une étude canadienne a montré que les hommes gays étaient plus susceptibles de mourir par suicide que du VIH en 2011 (Hottes et al., 2015). Même si les estimations présentées dans cet article étaient surestimées, la suicidalité demeure importante à étudier, mais n'est présente comme *outcome* que dans trois articles de notre échantillon.

En outre, lors de l'étude du VIH comme critère de jugement, nous soutiendrions que l'utilisation des rapports anaux sans préservatif comme proxy devrait être revue, et de meilleurs proxys, recherchés. En effet, les rapports anaux sans préservatif constituaient l'un des critères dans 57 études sur les 60 avec les comportements sexuels à risque comme critère de jugement et 32 études considéraient toutes les formes de rapports anaux sans préservatif comme un comportement à risque. Cependant, sans raffinement, ce critère de jugement ne parvient pas à capturer les changements dans les stratégies de prévention du VIH telles que la PrEP ou le Treatment as Prevention (TasP). Seules trois études de notre échantillon ont pris en compte l'usage de la PrEP et/ou une charge virale indétectable lors de la considération des rapports anaux sans préservatif comme facteur de risque d'acquisition du VIH. De plus, parmi ces articles, le plus ancien a été publié en 2019 (Batchelder et al., 2019) alors que la FDA a approuvé la PrEP pour la prévention du VIH en 2012.

Lorsque le premier article sur la théorie syndémique appliquée aux HMS a été publié, s'engager dans des rapports anaux sans préservatif aurait conduit à un risque élevé d'acquisition du VIH. De nos jours, les participants aux études en question pourraient être sous PrEP, renoncer à l'usage d'un préservatif et rester à un risque très faible d'acquérir le VIH. Nos méthodologies dans la recherche syndémique devraient refléter cette évolution. De plus, la recherche qualitative donne un aperçu des comportements à risque et offre une vision plus nuancée sur ce sujet qu'une variable binaire d'usage constant de préservatifs pour les rapports anaux. Un tel article publié en 2017 a montré que les pratiques à risque relevaient de différentes subjectivités, telles que la poursuite active et constante de rapports sexuels sans préservatif, le manque d'affirmation de soi face à l'initiative d'un partenaire et la combinaison de pratiques à risque épisodiques et de stratégies de réduction des risques

(Adam et al., 2017). De plus, certaines études ont montré que les participants avec un plus grand nombre de conditions syndémiques avaient plus fréquemment dans des rapports anaux sans préservatif tout en n'étant pas plus susceptibles de tester positif pour le VIH (Mustanski et al., 2017; Pitpitan et al., 2016). D'un autre côté, l'article de Chuang et al. (2018) a constaté qu'avoir un plus grand nombre de conditions syndémiques était associé au VIH, mais pas aux rapports anaux sans préservatif. Dès lors, nous postulons donc que les rapports anaux sans préservatif ne sont pas toujours superposables à des rapports non protégés et que cette variable devrait intégrer les questions de diversification des méthodes de protection pour réellement mesurer le risque sexuel.

3.4.6 Statistiques et interaction

Comme nous l'avons déjà écrit, la mesure des synergies demeure limitée dans les études sur la syndémie. En effet, 45% de notre échantillon quantitatif d'études utilisaient uniquement un score de sommation des conditions syndémiques pour mener une analyse de régression, malgré les lacunes détaillées dans le Chapitre 2. Dès lors, nos résultats suggèrent que jusqu'à 45% de la littérature quantitative sur la théorie syndémique appliquée aux HMS ne soutient pas empiriquement la présence d'une syndémie et emploie des hypothèses statistiques discutables. Ces études sont davantage une exploration de facteurs de risque psychosociaux associés à l'acquisition ou à la progression du VIH que le cadre holistique que la syndémie est censée être.

3.5 Forces et limites et perspectives

Cette revue était, au moment de sa publication, la première étude de la portée cartographiant les connaissances actuelles sur la théorie syndémique appliquée aux HMS. Nous avons extrait et présenté des données détaillées concernant la littérature existante. Ainsi, nous offrons des aperçus et des recommandations exploitables pour l'avenir du champ. Notre stratégie de recherche dans les bases de données électroniques était exhaustive et développée avec l'aide de la directrice de la bibliothèque des sciences de la santé de notre institution. Nous avons combiné cette recherche dans les bases de données avec une recherche manuelle subséquente dans les listes de références des études incluses. De plus, nous avons mené une revue entièrement transparente et reproductible. D'autres chercheurs peuvent librement réutiliser nos données et nos scripts pour mener leurs propres travaux ou utiliser nos visualisations en ligne pour identifier des articles pertinents pour leurs projets de recherche.

Néanmoins, bien que nous ayons pris plusieurs mesures pour assurer l'exhaustivité de notre stratégie de recherche, nous pourrions encore avoir manqué certaines littératures

pertinentes. En outre, l'un de nos critères d'inclusion était la centralité de la théorie syndémique dans l'article examiné. Bien que deux réviseurs aient examiné une partie des études de manière indépendante, ce critère peut être quelque peu arbitraire et d'autres chercheurs auraient pu choisir d'inclure des articles que nous avons rejetés. Enfin, les limites habituelles d'une étude de la portée s'appliquent, telles que l'absence d'évaluation du risque de biais et de la force des preuves.

À la lumière de ces résultats, nous avançons donc les suggestions suivantes pour améliorer la qualité des recherches futures :

1. Le contexte local devrait être pris en considération plus efficacement par les chercheurs. L'analyse de l'espace physique par l'épidémiologie spatiale devrait être encouragée, tandis que la fusion de données de différents États et pays devrait être évitée, car elle brouille notre compréhension des contextes socio-économiques et culturels dans lesquels les HMS évoluent.
2. Davantage de recherches devraient être menées dans les pays du Sud global, en tenant compte des difficultés impliquées lors de la transposition de certaines mesures à différents contextes socioculturels.
3. Les chercheurs devraient sélectionner soigneusement les conditions syndémiques afin d'éviter une dispersion inutile et de sélectionner les variables les plus pertinentes pour les HMS dans un lieu donné à un moment donné. La recherche qualitative exploratoire, les groupes de discussion ou les enquêtes Delphi devraient être utilisés avant de tenter de quantifier une syndémie, comme nous nous proposons de le faire ici. En outre, une plus grande attention devrait être accordée à la sélection des échelles ou des ensembles de critères lors de la tentative de mesurer une condition syndémique afin d'améliorer la reproductibilité des résultats.
4. Une meilleure compréhension de la manière dont les maladies interagissent est nécessaire. Premièrement, les recherches futures devraient abandonner l'approche par score de sommation et viser à déterminer le modèle d'interaction avec le plus de soutien empirique. Dans le cadre du présent travail, vu les arguments énoncés dans le Chapitre 2, nous avons choisi l'analyse de réseau comme méthodologie permettant de faire avancer ce champ. Deuxièmement, les recherches futures devraient élucider les mécanismes d'interactions biosociales et bio-biologiques. Les études qualitatives et à méthodes mixtes devraient être employées plus souvent pour y parvenir.
5. Les hommes trans devraient être inclus dans la population des HMS dans les études futures, plutôt que de confondre sexe et genre en les excluant tout en amalgamant les femmes trans aux HMS.
6. Chaque fois que possible, les données des hommes bisexuels devraient être désagrégées pour permettre une analyse approfondie.
7. Les chercheurs devraient chercher à étudier d'autres aspects de la santé des HMS que l'infection par le VIH. La santé mentale ne devrait plus être négligée. De plus, lors de

l'étude de l'infection par le VIH, le critère de jugement des rapports anaux sans préservatif devrait être remplacé ou affiné.

8. Les travaux futurs devraient continuer à explorer l'impact de la résilience pour contrecarrer partiellement les syndémies afin de développer des interventions de santé publique qui visent à favoriser les ressources de résilience chez les HMS.

ENQUÊTE DELPHI

Contenu du chapitre :

- 4.1 Objectifs
 - 4.2 Méthodologie
 - 4.3 Résultats
 - 4.4 Discussion
 - 4.5 Forces, limites et perspectives
-

4.1 Objectifs

La première étape de ce projet de recherche a consisté en une étude de la portée sur l'application de la théorie syndémique aux HMS. Comme nous l'avons évoqué dans le Chapitre 3, plusieurs lacunes émergent de cette recherche. Premièrement, seules six études ont été publiées en Europe, dont deux en Belgique, montrant le peu d'informations à notre disposition sur le sujet dans notre contexte. Or, vu l'importance du contexte local dans l'étude des syndémies (Weaver & Kaiser, 2020), il est nécessaire de ne pas simplement transposer ce que des chercheurs d'autres continents ont fait, sans s'interroger à une traduction appropriée pour notre terrain.

En outre, il existe un manque de consensus frappant sur les conditions qui constituent une syndémie, 46 variables différentes ayant été identifiées dans la littérature.

L'objectif de ce chapitre est donc de faire la jonction entre la revue de la littérature et son application dans le terrain belge francophone. Plus spécifiquement, au vu du manque de consensus sur les éléments biopsychosociaux constitutifs d'une syndémie, la finalité de ce Delphi est de s'accorder sur les variables pertinentes pour étudier la santé des HMS à travers le prisme syndémique dans notre contexte.

En outre, considérant le manque de représentation des HTMS dans la littérature scientifique, un point d'attention sera porté à recueillir leurs avis afin de commencer à combler les lacunes sur l'état de nos connaissances les concernant.

Nos questions de recherche sont donc les suivantes :

1. Quelles sont les variables pertinentes pour étudier la santé des HMS à travers le prisme syndémique dans le contexte belge francophone ?
2. Lesdites variables diffèrent-elles entre les publics HCMS et HTMS ?

4.2 Méthodologie

4.2.1 Choix de la méthode de recueil du consensus

Pour répondre à ces questions, nous avons décidé de réaliser une étude Delphi, une méthode de recherche de consensus basée sur le questionnement répété d'un panel d'experts, entrecoupé de *feedback* leur permettant de reconsidérer leur propre positionnement en fonction de celui du groupe (Cuhls, 2023).

Un des intérêts du Delphi réside dans son anonymat, qui est l'une de ses caractéristiques fondatrices. En effet, dans les panels d'experts ou autres formes de consultation de groupes, on se retrouve rapidement confrontés à l'émergence de *leaders* d'opinion, qui pourront influencer l'avis d'autres participants ou brider leur expression, menant à un poids moindre de leurs connaissances dans le résultat final (Cuhls, 2023). Dans notre contexte, il s'agit d'un des points saillants justifiant l'emploi de cette méthode par rapport à des méthodes de consensus où les participants seraient réunis pour s'exprimer conjointement.

En effet, il existe de nombreuses hiérarchies internes à la communauté des HMS, basées notamment sur l'âge, la modalité de genre, la race, l'apparence physique ou le statut sérologique. Réunir un panel d'experts HMS risquait donc de reproduire ces hiérarchies et de biaiser le résultat en faveur de l'opinion des individus occupant des positions dominantes au sein de la communauté. Sachant par ailleurs que nous souhaitions spécifiquement recueillir l'avis d'experts HTMS, le Delphi nous apparaissait comme nécessaire pour éviter que le consensus ne finisse par les effacer.

La méthodologie de ce Delphi a été inspirée par les recommandations CREDES (Jünger et al., 2017), seules disponibles au moment de la mise au point du protocole. Lors de la rédaction de ce chapitre, elles ont été enrichies par les recommandations ACCORD, plus larges et exhaustives (Gattrell et al., 2024). La *checklist* ACCORD complétée se trouve dans le Tableau ii (Annexe B.1).

4.2.2 Composition des panels

Les panélistes ont été recrutés en fonction de leur expertise de terrain et de leur expertise par expérience en tant que HMS. En effet, l'objectif de ce projet de recherche est, *in fine*, d'améliorer la santé des HMS à travers une meilleure compréhension des disparités de santé qui les touchent. Partir d'un consensus de leur part sur leurs difficultés apparaît donc pertinent pour aligner nos objectifs de recherche avec les problèmes de santé qu'ils identifient. Par ailleurs, cette expertise par expérience devait être appuyée par une expertise de terrain issue d'une implication dans le milieu associatif HMS.

Pour recruter des personnes ayant cette double expertise, nous avons constitué une base de données de toutes les associations communautaires en Belgique Francophone et dont l'objet social comprend des missions de socialisation, d'accompagnement psychosocial et/ou de santé communautaire. Ces différentes associations ont été contactées par voie téléphonique en vue de leur présenter oralement le projet et d'obtenir, si elles sont intéressées, les coordonnées électroniques d'un de leurs membres qui servira de représentant pour leur association.

Les critères de sélection de ces représentants étaient : (1) remplir des missions de terrain depuis plus d'un an et à une fréquence au moins mensuelle ; (2) être soi-même un HMS. Les participants ont ensuite été divisés en deux panels. Le premier était composé de HCMS, travaillant dans des associations accueillant majoritairement un public cis tandis que le second était constitué de HTMS, travaillant dans des associations accueillant un public majoritairement trans ou suffisamment mixte.

Les réponses des deux groupes ont été analysées séparément afin de déterminer s'ils arrivent tous deux au même consensus ou si deux consensus différents émergent, nous permettant ainsi de répondre à la deuxième question de recherche.

Le Delphi a été organisé et analysé par Maxence Ouafik, qui en était l'investigateur principal et qui bénéficie lui-même de cette double expertise, appartenant au groupe HCMS et ayant une expérience associative de plus de dix ans, laquelle a facilité l'identification des associations à contacter.

4.2.3 Processus de consensus

Ce Delphi s'est composé de trois tours, entièrement en ligne, à l'aide d'un questionnaire réalisé sur *LimeSurvey*. Chaque participant avait son propre code d'invitation, reçu par courrier électronique, qui servait d'identifiant unique afin de lui transmettre le *feedback* à l'issue d'un tour. À ce titre, les réponses n'étaient pas anonymes, mais seul l'investigateur principal avait accès à la table de correspondance permettant la réidentification. En l'absence de réponse, jusqu'à deux mails de rappel étaient envoyés, sauf si le participant

indiquait qu'il ne souhaitait plus participer à l'étude. Il n'y avait pas d'incitatif financier à la participation à cette étude. Aucun pilotage du questionnaire n'a été réalisé et aucun comité de pilotage n'a été organisé.

Le premier tour était qualitatif et visait à générer et analyser un maximum d'idées de la part des experts sur les différentes disparités de santé qu'ils identifient au sein du public HMS. La question principale était formulée de la manière suivante :

L'objectif de ce premier tour est de générer un maximum d'idées de votre part sur les différentes disparités de santé que les HSH rencontrent. Par disparité, il faut comprendre, ici, les différents éléments qui peuvent avoir un impact sur la santé du public HSH. Il peut s'agir à la fois de problèmes sociaux, de problèmes de santé mentale ou de problèmes de santé physique. En d'autres mots, quels sont les problèmes auxquels votre public est le plus souvent confronté ? Que retrouvez-vous le plus souvent lors de vos accueils, de vos entretiens, ou de vos interventions ? Qu'est-ce qui est le plus important ? Sur quoi devrions-nous nous focaliser pour la suite de ce projet de recherche ? Afin que cette phase soit la plus utile possible, n'hésitez pas à donner un maximum de détails et de précision.

Elle se subdivisait ensuite en trois sous-questions, sondant plus spécifiquement les aspects sociaux, psychologiques et physiques de la santé.

Les réponses à ces questions ouvertes ont été téléchargées, importées dans QualCoder et codées en vue de servir de *feedback* ainsi que de base au deuxième tour, aux côtés des résultats de l'étude de la portée.

Un deuxième tour, quantitatif, cette fois, a alors servi à sélectionner les variables issues de l'étude la portée ainsi que les variables supplémentaires provenant du premier tour. Pour ce faire, les variables potentielles étaient regroupées dans un tableau avec une échelle de Likert allant de 1 (« Pas important du tout ») à 5 (« Très important ») et le texte suivant introduisait le tableau :

Voici une liste d'une cinquantaine de problèmes pouvant toucher les HSH [cisgenres/transgenres]. Ces problèmes proviennent des réponses du premier tour du questionnaire ainsi que de la littérature scientifique. Pour chaque problème, nous vous demandons d'indiquer à quel point il vous semble important au sein de la communauté HSH, pour les personnes [cisgenres/transgenres]. La question n'est pas de savoir si vous trouvez qu'un problème est grave en tant que tel, mais bien s'il est important au sein de la communauté HSH. Par exemple, un accident d'avion est un problème grave en soi, mais les HSH n'y sont pas plus confrontés que les hétéros donc son importance au sein de la communauté n'est pas particulièrement élevée. Seuls les problèmes considérés comme importants ou très importants par le groupe seront pris

en compte dans le reste de l'étude. Autrement dit, lorsque vous cochez une réponse, demandez-vous s'il s'agit d'un problème suffisamment sérieux pour la communauté ou si nous devrions plutôt nous focaliser sur autre chose. En effet, il est impossible d'étudier tous ces éléments en une fois et nous comptons sur l'intelligence collective des associations pour nous aider à faire le tri entre ce qui est le plus urgent à étudier et ce qui peut être mis de côté dans un premier temps. Dans le doute, il est préférable que vous donniez une réponse neutre plutôt qu'une réponse importante. À ce titre, essayez de ne pas sélectionner plus de 20 réponses comme étant importantes ou très importantes.

La précision « [cisgenres/transgenres] » variait selon le panel considéré et visait à faire en sorte que chaque groupe réponde en fonction de ses propres priorités.

Pour qu'une variable soit retenue, il fallait qu'au moins 80% des répondants indiquent qu'il s'agissait d'un problème « Important » ou « Très important ». Afin de présenter un premier classement des variables retenues comme *feedback* aux participants, un score a ensuite été attribué à chaque variable atteignant le seuil. Celui-ci a été calculé en attribuant une valeur numérique à chaque proposition (−2 pour « Pas important du tout » à +2 pour « Très important », la réponse neutre valant 0) et en sommant, pour chaque variable, les valeurs ainsi obtenues. Ainsi, si 3 personnes estimaient qu'une variable *X* était « Très importante » et 2, « Pas importante du tout », le score final aurait été de 2.

Le dernier tour, également quantitatif, visait à classer les variables retenues à l'issue du deuxième tour par ordre d'importance avec la consigne suivante :

Dans cette troisième et ultime étape de l'enquête, nous vous demandons de classer ces 13 problèmes par ordre d'importance. Pour ce faire, vous trouverez la liste des problèmes, dans l'ordre d'importance provisoire obtenu à la suite de la deuxième vague. Nous vous demandons de refaire un nouveau classement sur la droite en double-cliquant sur les items de gauche ou en les glissant/déposant. Vous n'êtes évidemment pas tenus de créer un nouveau classement totalement différent du premier s'il vous semble pertinent. Mais si vous pensez qu'un problème devrait être plus haut ou plus bas sur la liste, c'est l'occasion de l'indiquer.

Pour vous aider à remplir cette étape, nous vous invitons à vous poser les questions suivantes :

- « *S'il ne devait rester que 5 problèmes, lesquels choisirais-je ?* »
- « *Quel est le problème N°1 des HSH [cisgenres/transgenres] en Belgique francophone ?* »

- «Selon moi, quel est le top X des problèmes sur lesquels les chercheurs devraient se concentrer ?»

Pour obtenir une liste consensuelle à partir des classements individuels, nous avons opté pour une méthode de minimisation de la distance de Kemeny. Il s'agit d'une mesure du désaccord représentant le nombre de paires d'éléments ordonnées différemment entre deux classements. Par exemple, si deux participants, A et B, classaient 8 variables distinctes et qu'ils étaient en désaccord sur l'ordre relatif de cinq des 28 paires possibles, la distance de Kemeny serait de 5. Il suffirait en effet de permuter ces cinq comparaisons pour que les deux classements soient identiques.

Pour minimiser cette mesure, nous employé une méthode algorithmique, «*FAST*», développée par Amodio et al. (2016) et implémentée dans R via le *package* ConsRank. Il s'agit d'un algorithme d'optimisation visant à maximiser le τ_x , une extension du τ de Kendall (τ_b) mis au point par Emond & Mason (2002) pour pouvoir gérer les égalités. Le τ_x , ou τ étendu, est mathématiquement équivalent à la distance de Kemeny, de telle sorte que maximiser ce coefficient permet de minimiser la distance de Kemeny.

L'algorithme «*FAST*» pouvant aboutir à plusieurs solutions optimales, et donc à plusieurs listes consensuelles quasi identiques, nous avons employé la méthode de convolution par somme des rangs proposée par Muravyov & Emelyanova (2021). Cette technique consiste à calculer une somme des rangs pour l'ensemble des solutions identifiées, puis d'ordonner la somme de ces rangs. Par exemple, si trois listes optimales sont identifiées et qu'une variable X se retrouve classée en positions 1, 2, et 1 d'une liste à l'autre, la somme de ses rangs vaudra 4. La somme des rangs d'une variable Y qui serait classée en position 2, 1, 2 vaudrait 5 et la liste finale placerait donc X avant Y .

Le critère de consensus préétabli pour ce tour était un coefficient de concordance de Kendall ≥ 0.7 , correspondant à un accord fort à très fort entre les deux classements, et le protocole prévoyait que le tour soit répété en cas de valeur inférieure.

Lors du premier tour, nous avons également recueilli les variables démographiques suivantes : âge, province(s) dans lesquelles la personne exerce son travail de terrain, ASBL, sous-populations prioritaires éventuelles de l'ASBL, fréquence des missions, objet social de l'ASBL (accompagnement psychosocial, socialisation, santé communautaire). Les panélistes devront également préciser lors du premier round s'ils s'expriment sur les besoins de santé des HCMS ou sur ceux des HTMS.

4.2.4 Éthique

Le protocole de la présente étude a été approuvé par le comité d'éthique hospitalo-universitaire de l'Université de Liège en date du 22/07/2022 (référence 2022/184). Aucun protocole n'a toutefois été enregistré prospectivement.

4.2.5 Financement

Cette étude a bénéficié d'un financement de l'IEFH, qui n'a été impliquée ni dans la mise au point du protocole ni dans l'analyse des données.

4.3 Résultats

4.3.1 Déroulement du Delphi

Durée du Delphi – Le Delphi a été mené du 01/09/2022 au 22/02/2023. Chaque tour du Delphi devait durer deux mois, en comptant le temps de l'analyse et du *feedback* aux participants. En raison de l'emploi de questions ouvertes, à la fois plus longues à remplir et à analyser, le premier tour a finalement duré trois mois. La dernière réponse a ainsi été encodée le 28/10/2022 et le mois de novembre a été consacré à l'analyse des résultats. Le deuxième tour s'est alors déroulé du 07/12/2022 au 30/01/2023 et le troisième, du 31/01/2023 au 22/02/2023. La préparation en amont des scripts d'analyse et de présentation des résultats dans R a permis de réduire au minimum le temps d'envoi du *feedback* et l'initialisation du dernier tour. Ce dernier s'exerçant sur un nombre réduit de variables, il a été complété plus rapidement qu'anticipé par les panélistes. Un diagramme de flux des différents tours se situe dans la Fig. 13.

Écarts par rapport au protocole – Vu le petit nombre de participants dans chaque groupe de panélistes, le critère de consensus du tour 2 a été réévalué. En effet, 80% de consensus à ce stade aurait signifié que six panélistes sur sept s'accordent sur une valeur ≥ 4 pour qu'une variable soit retenue. Nous avons opté à la place pour une valeur moins restrictive de 60%, sachant qu'un tour supplémentaire visait à départager les conditions et que c'est de ce classement définitif que découlerait le choix des variables pour l'enquête quantitative du Chapitre 5. Par souci de transparence, nous avons visuellement indiqué les différents seuils de consensus sur le Tableau 5. En outre, comme développé plus bas, le coefficient de Kendall obtenu au troisième tour n'était pas conforme à notre objectif, mais des problèmes d'attrition des répondants nous ont poussés à ne pas conduire un tour supplémentaire.

Description des panélistes – Sur les 32 associations sélectionnées, 11 nous ont répondu (34%), résultant en l'envoi de 20 invitations personnelles par mail. Sur ces 20 invitations,

17 personnes ont complété le premier tour du Delphi, 15, le deuxième, et 13, le troisième, soit un taux de rétention de 76%. Les caractéristiques démographiques des panélistes, par tour de Delphi, se trouvent dans le Tableau 4. Alors que le ratio entre panélistes cis et trans penchait en faveur des premiers (59% contre 41%) dans le premier tour, celui-ci a fini par pencher en faveur des seconds lors du dernier (46% contre 54%). En effet, nous avons perdu 40% des répondants cis au fil de l'enquête, malgré des rappels répétés, alors que la totalité des experts trans ont participé jusqu'au bout. Le panel s'est également rajeuni au fil des tours, sans que l'ancienneté dans le domaine associatif ou la fréquence des activités ne change significativement. Liège était la province la plus représentée, tandis que le Brabant Wallon et le Luxembourg arrivaient en fin de classement, sans attrition au fil des vagues. En revanche, Bruxelles, qui était correctement représentée au début, a perdu trois répondants sur cinq. Enfin, les panélistes présentaient une expérience de terrain satisfaisante, avec une ancienneté médiane de trois ans dans l'associatif et près des deux tiers (64%) qui étaient sur le terrain au moins une fois par semaine, dans des rôles d'accueil (76%) ou d'accompagnement psychosocial (76%).

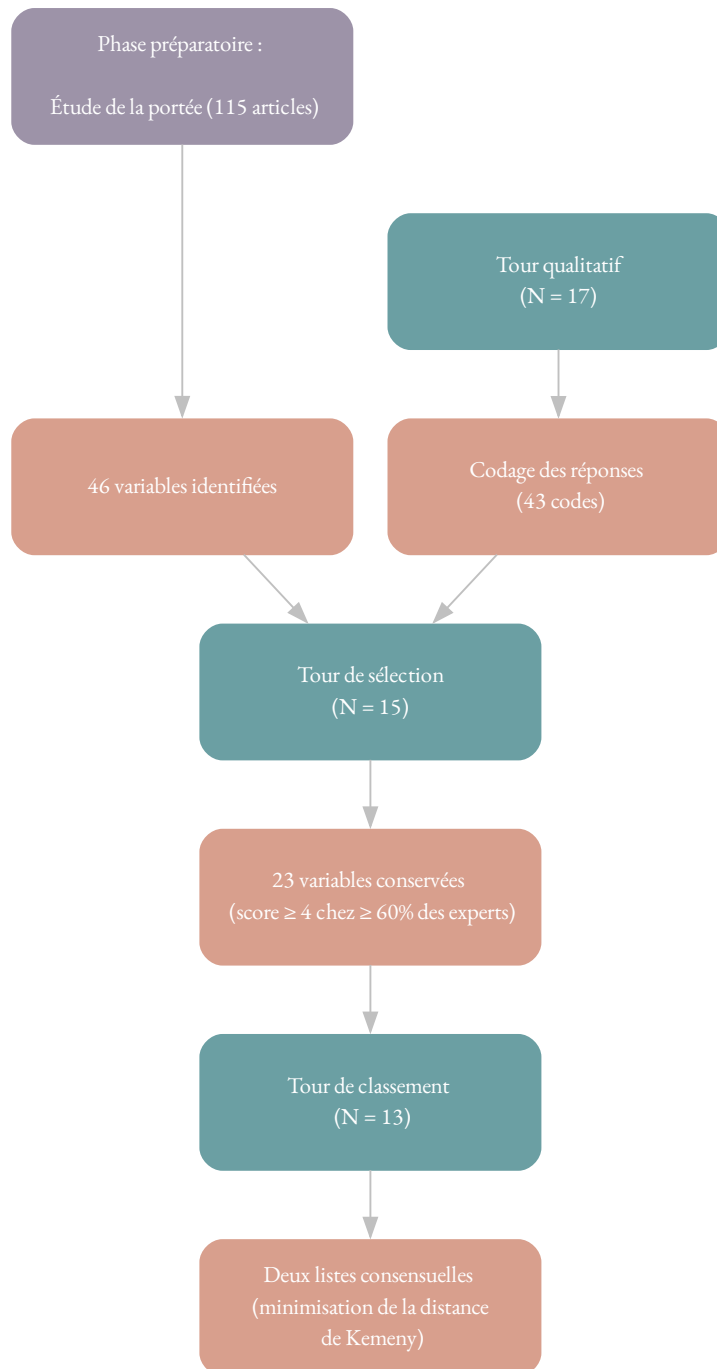


Fig. 13. – Diagramme de flux représentant les tours du Delphi et leurs résultats

Caractéristiques	Tour 1	Tour 2	Tour 3
	N = 17 ¹	N = 15 ¹	N = 13 ¹
Modalité de genre			
<i>Cisgenre</i>	10 (59%)	8 (53%)	6 (46%)
<i>Transgenre</i>	7 (41%)	7 (47%)	7 (54%)
Âge			
<i>18-29 ans</i>	9 (53%)	7 (47%)	7 (54%)
<i>30-39 ans</i>	5 (29%)	5 (33%)	5 (38%)
<i>40-49 ans</i>	2 (12%)	2 (13%)	1 (7.7%)
<i>60-69 ans</i>	1 (5.9%)	1 (6.7%)	0 (0%)
Rôle d'accueil	13 (76%)	12 (80%)	11 (85%)
Rôle de santé communautaire	7 (41%)	7 (47%)	5 (38%)
Rôle d'accompagnement psychosocial	12 (71%)	10 (67%)	9 (69%)
Ancienneté (années)	3.00 (2.00, 5.00)	3.8 (3.0, 5.0)	3.00 (3.00, 4.00)
Fréquence des activités			
<i>Au moins une fois par mois</i>	4 (24%)	4 (27%)	3 (23%)
<i>Plusieurs fois par mois</i>	2 (12%)	1 (6.7%)	1 (7.7%)
<i>Une fois par semaine ou plus</i>	5 (29%)	4 (27%)	4 (31%)
<i>Presque tous les jours</i>	6 (35%)	6 (40%)	5 (38%)
Activités dans le Hainaut	3 (18%)	3 (20%)	3 (23%)
Activités à Namur	5 (29%)	5 (33%)	5 (38%)
Activités à Liège	9 (53%)	8 (53%)	8 (62%)
Activités dans le Brabant Wallon	1 (5.9%)	1 (6.7%)	1 (7.7%)
Activités dans le Luxembourg	2 (12%)	2 (13%)	2 (15%)
Activités à Bruxelles	5 (29%)	4 (27%)	2 (15%)
¹ n (%); Median (Q1, Q3)			

Tableau 4. – Caractéristiques des experts, par tour de Delphi

4.3.2 Résultats du premier tour

Le premier tour cherchait à susciter un maximum d'idées dans l'esprit des panélistes à partir de questions ouvertes volontairement larges. L'analyse thématique des réponses ouvertes a permis de mettre en évidence un ensemble de 43 codes (38 chez les panélistes cis et 22 chez les panélistes trans), faisant écho tant aux disparités évoquées dans le Chapitre 1 que les mécanismes développés dans le Chapitre 2.

Les répondants mentionnaient ainsi des facteurs structurels, tels que la cisonormativité et l'hétéronormativité, ainsi que les pressions patriarcales sur la masculinité, pouvant se manifester par les pressions sur l'apparence, l'impératif de la jeunesse ou le délaissement de la santé mentale.

Sur le plan institutionnel, les panélistes évoquaient des barrières au soin, au dépistage et à la réduction des risques, ainsi qu'une exposition aux désavantages socioéconomiques, comme la précarité, la migration, le décrochage scolaire ou le chômage.

Au niveau interpersonnel, les répondants discutaient de l'impact de l'homophobie, de la transphobie et de l'âgisme dans leurs réponses. Ils mentionnaient également des problématiques de solitude et de manque de soutien familial. En outre, ils évoquaient des dynamiques intracommunautaires parfois délétères, comprenant des difficultés à se lier avec d'autres HMS, des relations de pouvoir inégales, notamment liées à la disparité d'âge pouvant exister au sein de certaines relations, des dynamiques de domination héritées de l'hétérosexisme ainsi que des disparités potentielles dans les relations entre hommes cis et trans.

Enfin, sur le plan intrapersonnel, les panélistes évoquaient majoritairement des questions liées à l'estime de soi, à la dépression ou à l'anxiété. Une liste complète des codes, par ordre de fréquence, se trouve dans le Tableau iii (Annexe B.2). À l'issue de ce premier tour, chaque groupe de panélistes a reçu par mail une présentation des résultats de l'analyse thématique des réponses aux questions ouvertes comme *feedback* avant le tour suivant.

4.3.3 Résultats du deuxième tour

Le deuxième tour visait à présenter une liste regroupant les 46 variables issues du Chapitre 3 ainsi que les nouvelles variables ayant émergé du codage des réponses au premier tour.

Afin d'éviter une liste trop longue qui aurait pu décourager les répondants ou limiter leurs performances de classification, une présélection a été opérée sur les variables issues de la revue de littérature. Nous avons ainsi omis 15 éléments : (1) les conditions reprises dans une seule étude et non mentionnées par les répondants ; (2) les variables jugées trop peu spécifiques (hostilité, stress, expérience de traumatisme, détresse mentale générale) ; (3)

l'injection de drogues, subsumée sous l'usage problématique et récréatif de substances ; (4) le travail du sexe. En effet, cela aurait positionné le travail du sexe comme un problème à part entière, mis sur le même pied, par exemple, que la dépression ou l'anxiété, ce qui aurait pu heurter, à raison, certains répondants. Une liste des exclusions, accompagnée de leur occurrence dans la littérature, est fournie dans le Tableau iv (Annexe B.2).

Dans la même optique, certains codes ont été regroupés avec d'autres, en fonction des liens établis par les panélistes dans leurs réponses, ou supprimés lorsqu'ils étaient jugés trop peu spécifiques. Ces codes qui n'ont pas été repris, ou pas repris tels quels, sont en italique dans le Tableau iv (Annexe B.2).

Les panélistes cis ont ainsi reçu une liste de 45 propositions, correspondant à leurs codes uniques retenus (onze tels quels et deux regroupés) auxquels se sont ajoutées les 31 variables conservées du Chapitre 3, ainsi que l'accès à la PrEP. Les panélistes trans ont, de leur côté, reçu une liste de 47 propositions sur les mêmes bases. Les variables uniques aux participants trans étaient la transphobie internalisée, la cisnormativité, la difficulté à pratiquer un sport, la méconnaissance sur la transitude, le déni de l'identité, la dysphorie et le manque d'assertivité. Suite à une erreur d'encodage repérée après l'envoi du questionnaire, les participants cis ont été les seuls à recevoir comme options la déscolarisation, l'accès à la PrEP, l'instabilité émotionnelle, le burnout, et les difficultés dans la formation de l'identité.

À l'issue de ce tour, 23 variables ont été conservées, dont quatre communes entre les deux panels. Comme susmentionnés, nous avons légèrement assoupli le critère de consensus en le passant à 60% de répondants s'accordant sur « Important » ou « Très important » plutôt que 80%. Cela a permis de conserver l'âgisme et l'hétéronormativité chez les répondants cis ainsi que la dépression, l'hétéronormativité, la cisnormativité, et les difficultés à la pratique sportive, chez les répondants trans. Toutes les autres variables ont un consensus d'au moins 80% et trois variables ont un consensus de 100% : les comportements sexuels à risque, chez les panélistes cis ; la suicidalité et la transphobie, chez les panélistes trans. Le Tableau 5 résume les résultats de ce tour et correspond au *feedback* envoyé.

Problèmes retenus	Important ¹	Très important ²
1^{re} place		
Comportements sexuels à risque	6	2
2^e place		
Faible estime de soi	5	2
Âgisme	1	4
Chemsex	3	3
Solitude	3	3
Hypersexualisation au sein de la communauté	3	3
3^e place		
Difficultés liées au parcours migratoire	3	3
4^e place		
Problèmes d'usage de substances (y compris addiction à une ou plusieurs drogues)	5	1
VIH	5	1
Hétéronormativité	3	2
Poids des pressions patriarcales sur l'identité	5	1
5^e place		
Dépression	6	0
Faible soutien social, y compris environnement familial défavorable	6	0

Consensus : 100%, 80%, 60%

¹ Nombre de personnes ayant répondu que le problème était important

² Nombre de personnes ayant répondu que le problème était très important

(a) Panélistes cis

Problèmes retenus	Important ¹	Très important ²
1^{re} place		
Difficultés à accéder à des soins de qualité et respectueux	0	6
2^e place		
Suicidalité	3	4
Précarité	1	5
Transphobie	3	4
3^e place		
Non-reconnaissance de l'identité (ménage, utilisation du deadname)	2	4
Méconnaissance sur les transidentités, incompréhension de la part des personnes cisgenres	2	4
4^e place		
Dépression	1	4
Faible soutien social, y compris environnement familial défavorable	3	3
5^e place		
Anxiété	4	2
Solitude	3	3
6^e place		
Hétéronormativité	3	2

Consensus : 100%, 80%, 60%

¹ Nombre de personnes ayant répondu que le problème était important

² Nombre de personnes ayant répondu que le problème était très important

(b) Panélistes trans

Tableau 5. – Résultats du deuxième tour du Delphi

4.3.4 Résultats du troisième tour

Sur base de cette sélection de variables, un ultime et dernier tour a été organisé pour aboutir à une liste consensuelle ordonnée. Pour ce faire, les listes appropriées ont été envoyées à leur groupe respectif avec comme consigne de les classer par ordre d'importance. Le classement temporaire envoyé comme *feedback* pouvait leur servir d'inspiration, mais ils pouvaient le modifier à leur guise. Nous n'avons pas contraint un classement sur la totalité des items ; un participant pouvait donc, par exemple, décider de ne classer que les cinq premiers et de s'abstenir sur les autres. Nous espérons ainsi limiter leur charge cognitive et augmenter leur précision sur les conditions qu'ils considéraient comme les plus importantes.

Le coefficient de Kendall des panélistes cis ($W = 0.31$, $\chi^2 = 22.2$, $p = 0.036$) indique une concordance statistiquement significative, quoique modérée. Bien qu'un accord global se dégage sur les priorités, il reste donc une variabilité importante dans les évaluations individuelles. Le consensus des panélistes trans était un peu plus élevé ($W = 0.37$, $\chi^2 = 23.81$, $p = 0.021$), mais demeurait dans la même zone de concordance modérée.

Pour mieux comprendre l'origine de cette variabilité, nous avons calculé les corrélations de Spearman entre les classements individuels de chaque répondant (Fig. 14).

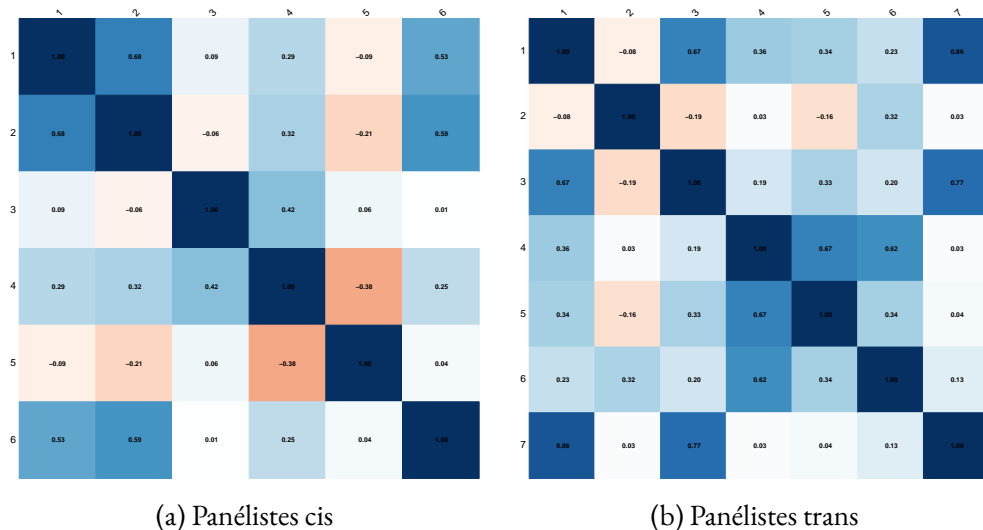


Fig. 14. – Matrices de corrélation de Spearman des classements individuels

Cette analyse complémentaire permet d'identifier les similitudes et divergences entre les évaluateurs et de détecter un éventuel répondant sortant du lot. La Fig. 14 visualise l'intensité de l'accord ou du désaccord entre les répondants en fonction de l'intensité de la couleur associée (bleu pour l'accord, orange pour le désaccord). Des couleurs pâles signifient que les classements individuels des deux répondants ne sont pas corrélés, ni positivement ni négativement.

Cette analyse permet de révéler l'existence d'un évaluateur atypique dans chaque groupe. Ainsi, dans la Fig. 14a, on peut observer que le répondant 5 présente un pattern de réponse opposé comparé à celui de la majorité des autres répondants. Après inspection de son pattern de réponses, il ressort que ce participant a classé les difficultés liées au parcours migratoire en dernière position, à la différence du reste des répondants, qui l'avaient inscrite entre la deuxième et quatrième place des priorités. La plus grande préoccupation de ce répondant était l'hypersexualisation intracommunautaire, alors que la solitude et l'estime de soi arrivaient également en bas de classement.

Des résultats similaires sont présents pour le répondant 2 de la Fig. 14b, qui se distingue aussi, quoique moins nettement, de ses pairs. Il s'agit ainsi du seul participant ayant évalué que la suicidalité et la dépression étaient des problèmes de second ordre, classées en dixième et douzième position, respectivement. Ses priorités principales consistaient dans les problèmes liés à la méconnaissance et à la non-reconnaissance.

Sur base de ces classements, nous avons employé l'algorithme *FAST* afin de dégager une liste consensuelle par groupe. Quatre optimums ont été trouvés pour les répondants cis ($\tau_x = 0.326$) et six pour les répondants trans ($\tau_x = 0.432$). Nous avons donc réalisé une convolution par somme des rangs afin d'agrèger ces différents optimums en une liste finale par groupe.

Les listes finales sont présentées dans le Tableau 6, qui reprend les codes visuels du Tableau 5. Les trois priorités principales des panélistes cis sont ainsi la faible estime de soi, la solitude et les comportements sexuels à risque, tandis que celles des panélistes trans sont la suicidalité, la dépression et la transphobie.

Variables retenues	Important ¹	Très important ²	Classement ³
Faible estime de soi	5	2	1
Solitude	3	3	2
Comportements sexuels à risque	6	2	3
Difficultés liées au parcours migratoire	3	3	4
Hypersexualisation au sein de la communauté	3	3	5
Chemsex	3	3	6
Hétéronormativité	3	2	7
Poids des pressions patriarcales sur l'identité	5	1	8
Âgisme	1	4	9
Problèmes d'usage de substances (y compris addiction à une ou plusieurs drogues)	5	1	10
Faible soutien social, y compris environnement familial défavorable	6	0	11
VIH	5	1	12
Dépression	6	0	13

¹ Nombre de personnes ayant répondu que le problème était important dans la deuxième vague

² Nombre de personnes ayant répondu que le problème était très important dans la deuxième vague

³ Classement consensuel à l'issue de la troisième vague

(a) Panélistes cis

Variables retenues	Important ¹	Très important ²	Classement ³
Suicidalité	3	4	1
Dépression	1	4	2
Transphobie	3	4	3
Méconnaissance sur les transidentités, incompréhension de la part des personnes cisgenres	2	4	4
Non-reconnaissance de l'identité (mégénrage, utilisation du deadname)	2	4	5
Difficultés à accéder à des soins de qualité et respectueux	0	6	6
Précarité	1	5	7
Faible soutien social, y compris environnement familial défavorable	3	3	8
Anxiété	4	2	9
Solitude	3	3	10
Difficultés à pratiquer un sport	3	2	11
Cisnormativité	1	4	12
Hétéronormativité	3	2	13

¹ Nombre de personnes ayant répondu que le problème était important dans la deuxième vague

² Nombre de personnes ayant répondu que le problème était très important dans la deuxième vague

³ Classement consensuel à l'issue de la troisième vague

(b) Panélistes trans

Tableau 6. – Résultats du troisième tour du Delphi

4.4 Discussion

Cette étude a permis de sonder les priorités d'un panel d'HCMS impliqués dans l'associatif depuis plusieurs années afin de faire le pont entre notre revue internationale de la littérature et notre recherche de terrain. Les listes finales ainsi obtenues permettront de guider plus finement notre sélection de variables, par rapport à une simple sélection basée sur l'occurrence des différentes conditions dans la revue de littérature.

Il est intéressant de noter que le VIH se situe dans le bas du classement des répondants cis, alors qu'il s'agit de la condition qui est, de loin, la plus étudiée dans la littérature. Sachant que 38% des panélistes de la dernière vague sont impliqués dans des activités de santé communautaire, ce classement ne résulte vraisemblablement pas d'une simple négligence. La liste finale des panélistes trans place la transphobie en troisième position, avec un consensus de 100% au deuxième tour sur son importance. Juste après la transphobie, on retrouve des variables en lien avec le cissexisme, telles que la méconnaissance et l'absence de reconnaissance de la transitude. Pris ensemble, ces différents éléments permettent d'apprécier l'hostilité perçue du climat social.

Lorsque l'on s'intéresse à l'évolution du consensus au fil des tours du Delphi, il apparaît que la faible estime de soi, la solitude et le faible soutien social étaient déjà les trois codes les plus fréquemment cités dans les questions ouvertes du premier tour, émergeant chez 59%, 59% et 41% des participants. La dépression, qui était également fréquemment rapportée (29%) a été maintenue, mais a fini par chuter en importance chez les panélistes cis. En effet, alors qu'elle n'atteignait pas le consensus initial de 80% chez les répondants trans, elle se retrouve *in fine* en deuxième position du classement, confirmant le bienfondé de l'ajustement du seuil.

Les comportements sexuels à risque et la suicidalité ont, de leur côté, hautement gagné en importance au fil des tours. Alors que ce dernier élément n'avait été cité que par un seul participant (cis), il s'avère finalement que la totalité des panélistes trans ont convergé vers son importance et l'ont hissé à la première place des préoccupations. Il est possible que son absence dans les questions ouvertes puisse être liée à un certain tabou entourant la question du suicide.

Le taux d'attrition différentiel mérite un instant de pause. En effet, alors que nous avons perdu 40% des participants cis au fil des tours, la totalité des panélistes trans ont complété l'ensemble du questionnaire. Nous posons ici l'hypothèse que l'intérêt des HTMS à participer à cette recherche n'est pas sans lien avec le peu de représentation dont ils bénéficient dans la littérature scientifique. Ainsi, il nous paraît vraisemblable qu'il y ait une certaine conscience de ce manque de données scientifiques chez nos panélistes et que cette

conscience ait contribué à la motivation de faire entendre son opinion dans un contexte de recherche.

4.5 Forces, limites et perspectives

Le panel constitué pour ce Delphi était assez diversifié sur le plan géographique, avec une ancienneté satisfaisante dans l'associatif et un contact régulier avec le terrain. Il reste toutefois assez jeune, *a fortiori* avec la perte des participants de plus de 60 ans et la diminution des participants de plus de 40 ans au fil des tours. Malgré leur sous-représentation, l'âgisme s'est maintenu jusqu'à la fin du Delphi, se hissant parmi les dix premières préoccupations, montrant l'importance perçue de cette domination.

La limite principale de cette étude est que nous n'avons pas réussi à atteindre le seuil de consensus préétabli pour la dernière étape. En effet, les coefficients de Kendall obtenus sont largement en deçà de ce que nous avons défini dans le protocole. Cela est vraisemblablement lié à l'impact de répondants atypiques, amplifié par le petit nombre de participants. Étant donné que nous avons annoncé trois tours et que nous étions confrontés à des difficultés croissantes pour obtenir des réponses, nous avons décidé de ne toutefois pas procéder à un quatrième tour qui aurait pu permettre de renforcer le consensus.

Nos résultats ne peuvent dès lors pas être considérés comme un consensus fort et ne reflètent donc sans doute que partiellement les priorités des HMS. Cela étant dit, l'établissement des listes consensuelles s'est réalisé au travers de méthodes rigoureuses de minimisation de la distance de Kemeny et nos τ_x montrent une concordance satisfaisante entre les classements individuels et consensuels. Nous estimons donc que les données sont suffisantes au regard des objectifs que nous nous étions fixés, à savoir guider le choix de variable pour la suite de la thèse.

Nous avons ainsi décidé de choisir la faible estime de soi, la solitude, les comportements sexuels à risque, le manque de soutien social, la dépression et la suicidalité comme variables pour l'enquête quantitative du Chapitre 5. Notre choix s'explique par la nécessité de concilier plusieurs contraintes. Premièrement, compte tenu des difficultés de recrutement anticipées, nous avons préféré limiter le nombre de variables afin de ne pas perdre trop en puissance avec l'analyse de réseau. Nous avons dès lors décidé de nous limiter à six variables. Deuxièmement, souhaitant étudier la population HMS dans son ensemble, nous avons priorisé les variables communes aux deux listes, hormis l'hétéronormativité, qui n'avait atteint que 60% de consensus dans les deux groupes et était classée en milieu et fin de liste, chez les répondants cis et trans respectivement. Ensuite, nous avons priorisé les variables les mieux classées ou ayant fait l'objet d'une unanimité lors du deuxième tour. La suicidalité combine ces deux critères, pour les répondants trans, tandis que la faible estime de soi et les comportements sexuels à risque y répondent, pour les panélistes cis. Nous avons

considéré l'inclusion de la transphobie comme septième variable, mais cela aurait mené à deux questionnaires et deux réseaux significativement différents, ce qui allait à l'encontre de notre objectif d'une analyse conjointe.

Par rapport à la littérature évoquée dans le Chapitre 3, nous noterons que l'estime de soi n'a été évaluée que dans quatre études. Klein (2011) avait ainsi montré que l'estime de soi était influencée par la négligence subie dans l'enfance et contribuait à modeler les attitudes vis-à-vis du préservatif, prédisant les rapports sexuels anaux et oraux non protégés, des résultats corroborés par Wang et al. (2017). De plus, les syndémies incorporant l'estime de soi ont été liées à la suicidalité (Li et al., 2016) et au multipartenariat (Wang et al., 2018).

Le manque de soutien social n'a également été étudié que dans quatre études, dont deux aux côtés de l'estime de soi et de la solitude (Li et al., 2016; Wang et al., 2018), montrant le potentiel d'une étude conjointe des deux dans nos propres travaux. En outre, il a également été associé à un risque accru de sexe anal sans préservatif et à une plus grande prévalence de VIH (Guadamuz et al., 2014). Enfin, le soutien social modérait l'association entre les profils syndémiques et l'usage de substance chez les hommes noirs appartenant à une minorité sexuelle, un plus grand soutien social étant associé à de plus grandes chances de rester dans le profil de risque faible (Turpin et al., 2020).

La solitude a, quant à elle, été étudiée six fois, dont trois fois avec l'estime de soi (Li et al., 2016; Wang et al., 2017; 2018), et a également été associée à davantage de prise de risque sexuel (Ferlatte et al., 2014; Halkitis et al., 2013; 2015).

Les comportements sexuels à risque représentent l'essentiel de la littérature syndémique, tandis que la dépression est la condition la plus fréquemment étudiée, avec 79 études la mentionnant, tandis que la suicidalité a été étudiée seize fois. Il s'agit donc d'un groupe de conditions bénéficiant d'une assise plus nette dans la littérature. Il sera intéressant de voir si les autres conditions, moins étudiées, trouvent un soutien empirique dans la population qui nous intéresse.

Le chapitre suivant visera donc à confronter l'expertise de nos répondants ainsi que nos choix méthodologiques au terrain belge francophone en évaluant si ces différents éléments constituent une syndémie chez les HMS.

ENQUÊTE QUANTITATIVE

Contenu du chapitre :

- 5.1 Objectifs
 - 5.2 Méthodologie
 - 5.3 Résultats
 - 5.4 Discussion
 - 5.5 Forces, limites, et perspectives
-

5.1 Objectifs

Dans le Chapitre 4, nous avons pu mettre en évidence les variables considérées comme prioritaires par des experts de terrain en Belgique francophone. Sur base de ces données, la présente étude vise à déterminer les contours d'une syndémie touchant les HMS en Belgique francophone. Plus spécifiquement, cet objectif peut se subdiviser en trois questions de recherche :

1. Quelle est la prévalence de ces conditions dans le public HMS belge francophone ?
2. Ces conditions forment-elles une syndémie ?
3. Existe-t-il des différences dans les prévalences ou dans les modes d'interaction entre les hommes cis et trans ?

Vu l'absence de données préalables dans le contexte belge, *a fortiori* pour les HTMS, ce travail est exploratoire. Il vise ainsi à mettre en évidence un phénomène sous-étudié dans une population qui l'est tout autant. Il a également pour but d'évaluer l'adéquation de notre méthode pour identifier, décrire et analyser quantitativement une syndémie.

5.2 Méthodologie

5.2.1 Collecte des données

Les données de cette étude proviennent d'un questionnaire en ligne diffusé entre mars 2025 et août 2025. Le questionnaire a été réalisé sur *LimeSurvey*, un outil informatique en conformité avec le RGPD, et une copie complète se trouve dans l'Annexe C.1. Le recrutement a été effectué selon deux stratégies : (1) diffusion en ligne et (2) diffusion institutionnelle par affiche contenant un code QR. La diffusion en ligne a été réalisée via les réseaux sociaux, en passant par des communautés en ligne, ainsi que par des comptes personnels et associatifs fortement suivis en vue de relayer l'appel à participation. En outre, les différents plannings familiaux, hôpitaux, centres de santé sexuelle, associations LGBT et bars communautaires ont été contactés en vue de leur transmettre des exemplaires imprimés des affiches. 22 plannings (sur 105) ont répondu positivement, quatre associations (sur 26), aucun bar, deux centres de santé sexuelle et un hôpital. Les données proviennent donc essentiellement du recrutement en ligne.

5.2.2 Variables

Variables démographiques brutes – Les variables démographiques brutes comprenaient l'âge, la nationalité, le lieu de naissance, la province de résidence actuelle, le type d'habitat (urbain versus rural), le niveau de diplôme le plus élevé obtenu, le statut professionnel, la profession actuelle, les revenus, la profession des parents, le sexe assigné à la naissance, l'identité de genre et l'orientation sexuelle.

Modalité de genre – La modalité de genre a été définie à partir des réponses aux variables de sexe assigné à la naissance et d'auto-identification de genre.

Les répondants ayant été assignés hommes et s'identifiant comme hommes ont été catégorisés comme « hommes cis » ; les répondants ayant été assignés femmes et s'identifiant comme hommes ont été catégorisés « hommes trans » ; les répondants ne s'identifiant ni comme hommes ni comme femmes ont été recodés comme non-binaires et divisés selon le sexe assigné à la naissance.

Indice socio-économique (ISE) – Un indice socio-économique composite a été développé à partir des données du questionnaire. Pour ce faire, le niveau de diplomation a été transformé en une valeur de zéro (pas de diplôme) à cinq (supérieur long), le statut professionnel, en une valeur de un (en invalidité), deux (sans emploi) ou trois (indépendant, employé ou ouvrier) et les revenus ont été standardisés. L'indice a ensuite été calculé en prenant la moyenne des z-scores des trois composants. Afin d'éviter de que les étudiants n'apparaissent

comme systématiquement précaires, un calcul alternatif a été effectué dans cette population. En effet, le niveau de diplôme et les revenus sont systématiquement plus bas, et avoir un revenu dans la population étudiante peut-être signe de précarité plutôt que d'aisance financière (p. ex. revenus d'intégration sociale du CPAS, nécessité d'avoir un job étudiant pour subvenir à ses besoins). Le statut socio-économique des parents a donc été choisi à la place, comme reflet d'un certain capital culturel et possiblement économique, si les parents les soutiennent financièrement. Afin de pouvoir interpréter les données sur l'occupation parentale, les informations en texte libre ont été recodées manuellement pour leur attribuer le code correspondant sur base de la Classification Internationale Type des Professions (CITP-08) (International Labour Office, 2012). Ce code ISCO-08 a ensuite été converti en International Socio-Economic Index (ISEI) à l'aide du *package* ISCO08Conversions (Schwiter, 2023). L'ISEI permet de mesurer le statut social des différentes occupations en fonction du niveau de qualification requis et du potentiel de revenus associé (Ganzeboom et al., 1992; Ganzeboom, 2010). Le Highest International Socio-Economic Index of occupational status (HISEI) a ensuite été calculé en prenant l'ISEI parental le plus élevé, de manière analogue à la méthodologie déployée par PISA pour évaluer le milieu socio-économique des familles (Avvisati & Wuyts, 2024). L'ISE final se compose, pour les étudiants, de l'HISEI et pour les non-étudiants, de la moyenne des z-scores décrite plus haut, chacun ayant été standardisé en intragroupe. Ainsi construite, cette variable reflète le statut socio-économique d'origine des étudiants et le statut socio-économique acquis des non-étudiants.

Comportements sexuels à risque – En lien avec ce qui avait été développé dans le Chapitre 3, nous avons opéré une distinction entre les comportements sexuels sans préservatif et les comportements sexuels non protégés. Ces derniers ont été définis comme l'absence de préservatif, de PrEP ou de TasP, en dehors d'une relation monogame exclusive. La variable binaire de «risque élevé» est codée positivement si au moins une de ces conditions est remplie : (1) rapport pénétratif anal ou vaginal réceptif non protégé ; (2) plus de dix partenaires dans l'année écoulée ; (3) pratiques de chemsex dans l'année écoulée ; (4) usage du TPE ; (5) participation au travail du sexe en tant que travailleur dans l'année écoulée. La pratique du *chemsex* dans les 12 derniers mois a été demandée explicitement. En outre, les participants ont été interrogés sur leur consommation de substance en contexte sexuel, hors *chemsex*. Les répondants ayant mentionné l'usage d'une drogue typique du *chemsex* en contexte sexuel (GHB/GBL, cathinones, kétamine et méthamphétamine) ont été codés comme *chemsexers*, quelle que soit leur réponse à la question sur le *chemsex*.

Symptômes dépressifs – La symptomatologie dépressive a été mesurée à l'aide de la traduction française du *Patient Health Questionnaire* à 8 items (PHQ-8), version du PHQ-9 omettant l'item sur le suicide (Kroenke et al., 2009), ce dernier étant exploré en détail avec le SBQ-R. Elle se compose de huit items, scorés de zéro à trois pour un score total allant de 0 à 24. Elle a une sensibilité et une spécificité de 88% pour l'épisode dépressif majeur

en utilisant un *cutoff* ≥ 10 . Afin de faciliter la comparaison avec la population belge, nous avons en outre créé un score binaire de dépression reprenant la méthodologie de Sciensano (2024) pour la cohorte BELHEALTH : au moins deux symptômes avec un score ≥ 2 , dont au moins un des deux premiers symptômes.

Suicidalité – La suicidalité a été mesurée par une traduction personnelle du *Suicide Behaviors Questionnaire-Revised* (SBQ-R), une échelle rapide (quatre items) et fiable (93% de sensibilité et 95% de spécificité avec un *cutoff* ≥ 7) qui explore les idéations suicidaires et tentatives de suicide à vie, la fréquence des idéations dans les 12 derniers mois, la menace suicidaire et les risques de tentative de suicide futurs (Osman et al., 2001).

Estime de soi – L'estime de soi a été mesurée par la *Rosenberg Self-Esteem Scale* avec un *cutoff* ≤ 15 (Rosenberg, 1965), traduite par Vallieres & Vallerand (1990).

Soutien social – Le soutien social a été évalué par la *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) (Zimet et al., 1988), traduite en français par Denis et al. (2015). Elle dispose de trois sous-échelles évaluant le soutien familial, amical et les autres sources de soutien et possède une très bonne consistance interne (α de Cronbach de 0.88). Pour favoriser la comparabilité des résultats, nous avons repris la manière de scorer de Arijs et al. (2025). Ainsi, en moyennant les scores de chaque sous-échelle, un score < 3 montre un faible soutien, un score ≥ 3 et < 5 , un soutien moyen et > 5 , un soutien élevé.

Solitude – La solitude a été mesurée au travers de l'*Ucla Loneliness Scale* (ULS-8) (Hays & DiMatteo, 1987), choisie en raison de sa brièveté, avec huit items seulement, et traduite en français par De Grâce et al. (1993). En l'absence de seuil validé dans la littérature, nous avons choisi le 75^e percentile de nos données, en adéquation avec les pratiques d'autres chercheurs sur la syndémie (Li et al., 2016; Wang et al., 2018). Dans notre étude, ce seuil correspondait à un score de 23.

5.2.3 Analyses statistiques

Analyses descriptives – Pour les variables catégorielles ou binaires, les comparaisons inter-groupes ont été effectuées avec le test exact de Fisher ou le χ^2 de Pearson, selon les effectifs. Les variables continues ont été comparées par des tests de Kruskal-Wallis, vu la distribution non-normale. Le seuil de significativité statistique a été fixé à $\alpha = 0.05$ pour l'ensemble des analyses. Lorsque cela était pertinent, et notamment au sein des tableaux descriptifs, les corrections multiples ont été corrigées par Holm-Bonferroni.

Transformation des variables – Le réseau a été constitué à partir des variables susmentionnées ainsi que l'âge, dans les variables démographiques brutes. Toutes les variables syndémiques étaient continues, sur base du score global, à l'exception du risque sexuel, qui était binaire. Afin de faciliter l'interprétation du réseau, le MSPSS et le Rosenberg ont été recodés afin que des scores plus élevés signifient respectivement un isolement social accru

et une estime de soi plus faible. L'objectif était ainsi que toutes les variables syndémiques évoluent dans la même direction (un score plus élevé étant défavorable), afin que toutes les associations positives montrent une aggravation des variables syndémiques tandis qu'une association négative révélait un facteur protecteur.

Analyse de puissance – Suivant la méthode de Constantin et al. (2023), nous avons réalisé une analyse de puissance *a priori* afin d'estimer la taille d'échantillon requise pour estimer la structure du réseau syndémique. Vu le caractère exploratoire de cette analyse, nous avons choisi la sensibilité comme mesure de performance. Celle-ci peut être vue comme le taux de vrais positifs du réseau, soit la proportion d'arêtes réellement présentes dans le vrai réseau qui sont correctement identifiées dans le réseau estimé (Constantin et al., 2023). Nous avons fixé le seuil à 0.6 avec une puissance de 0.8, afin d'identifier au moins les arêtes les plus fortes du réseau (Epskamp et al., 2018). Dans la mesure où la structure du vrai réseau était inconnue au moment de réaliser l'analyse, nous avons généré une famille de quatre réseaux de neuf nœuds. Chaque réseau simulé comportait 90% d'arêtes positives, conformément aux hypothèses syndémiques qui postulent des associations majoritairement positives entre les conditions. Les densités testées variaient de 0.1 à 0.4, des densités supérieures ou égales à 0.5 semblant improbables au vu de la littérature. Pour chaque scénario de densité, nous avons réalisé une analyse de puissance distincte utilisant 50 répliquions de Monte-Carlo. Les quatre tailles d'échantillon recommandées ont ensuite été systématiquement validées par 5000 simulations supplémentaires afin de confirmer que la taille d'échantillon proposée atteignait la puissance cible. Les résultats obtenus sont présentés dans le Tableau 7.

Densité du réseau	Taille recommandée	Puissance validée
0.1	83	0.86
0.2	235	0.85
0.3	163	0.84
0.4	292	0.82

Tableau 7. – Résultats des analyses de puissance, par densité envisagée

Estimation du réseau – Le réseau a été estimé en employant un Modèle Graphique Mixte (MGM) avec une régularisation par Least Absolute Shrinkage and Selection Operator (LASSO) et une sélection de modèles par critère d'information bayésien étendu (EBIC). Statistiquement parlant, le MGM utilise des modèles linéaires généralisés avec pénalisation afin d'estimer les arêtes qui connectent chaque nœud (Isvoranu & Epskamp, 2021).

Les paramètres ainsi obtenus peuvent être interprétés comme des coefficients de régression (logistique, linéaire ou multinomiale, selon le type de données) sur des données standar-

disées (Burger et al., 2022). Deux paramètres sont estimés pour chaque arête. Ainsi, pour tester l'arête $A - B$, reliant deux nœuds, A et B , un paramètre est estimé pour la régression $A \sim B$ et un autre, pour $B \sim A$, en ajustant pour tous les autres nœuds du réseau. Les pondérations estimées des régressions sont ensuite combinées et moyennées pour obtenir un modèle de réseau (Isvoranu & Epskamp, 2021). Une arête est conservée si les deux estimations sont non nulles (*AND-rule*), ou si une seule des deux l'est (*OR-rule*) (Epskamp et al., 2022). Vu notre démarche exploratoire, nous avons choisi la deuxième option, moins conservatrice. La régularisation LASSO limite la somme des valeurs absolues des coefficients de régression, contractant ainsi toutes les estimations et réduisant certaines exactement à zéro (Epskamp & Fried, 2018). La sélection de modèles EBIC choisit ensuite le modèle le plus adéquat après régularisation. Pour ce faire, EBIC utilise un hyperparamètre γ se situant entre 0 et 0.5 et devant être choisi par les chercheurs, des valeurs plus élevées indiquant que des modèles plus parcimonieux seront préférés (Epskamp & Fried, 2018). Réduire γ à 0 s'inscrit dans une approche exploratoire en choisissant de privilégier la sensibilité au détriment de la spécificité, estimant de nombreuses arêtes dont possiblement certains liens fallacieux. En accord avec la dimension exploratoire de ce projet de recherche, γ a été fixé à 0. Même avec $\gamma = 0$, le modèle obtenu reste plus parcimonieux qu'une estimation non régularisée. Le MGM avec sélection de modèles EBIC reste performant à faible taille d'échantillon (Isvoranu & Epskamp, 2021), ce qui est pertinent pour population cible. Le MGM ne permettant pas de gérer les données manquantes, les observations contenant des données incomplètes pour une des variables du réseau ont été supprimées. Le test de Little (1988) a été employé pour s'assurer que les données manquantes étaient complètement aléatoires (*Missing Completely At Random* (MCAR)). Le réseau a ensuite été visualisé à l'aide de l'algorithme de Fruchterman-Reingold, permettant aux nœuds les plus densément connectés d'occuper une position centrale tandis que les autres sont repoussés en périphérie (Isvoranu & Epskamp, 2022).

Performance prédictive – La performance prédictive d'un nœud quantifie à quel point ce nœud peut être prédit à partir de ses voisins (Haslbeck & Waldorp, 2018). Cette mesure permet d'évaluer le potentiel d'influence que l'on pourrait avoir sur un nœud en agissant sur son entourage.

Elle permet aussi d'estimer à quel point le réseau est déterminé par les variables qui le composent plutôt que par des facteurs externes non mesurés. Nous avons employé la variance expliquée (R^2) pour mesurer la performance prédictive des variables syndémiques continues et le pourcentage normalisé de classification correcte pour la variable binaire de risque sexuel.

Indices de centralité – Pour caractériser les connexions immédiates des nœuds, nous avons calculé deux mesures de centralité, la force, qui somme les pondérations absolues des arêtes qui lui sont connectées, et l'influence attendue, qui réalise la même somme, sans prendre

la valeur absolue (Deserno et al., 2022). Un nœud avec une centralité élevée exerce une influence plus forte sur l'état d'activation des autres nœuds du réseau, permettant d'identifier des cibles d'intervention potentielles.

Stabilité des estimations – Pour évaluer la précision des estimations, nous avons suivi la procédure décrite par Epskamp et al. (2018). La stabilité des coefficients d'arête a été évaluée par *bootstrap* non-paramétrique avec 5000 échantillons, permettant de calculer des intervalles de confiance bootstrap (BCI) à 95%. La stabilité des indices de centralité a été estimée par *bootstrap* par suppression de cas (*case dropping*) avec 2000 échantillons, générant un coefficient de stabilité de corrélation (CS-coefficient) pour chaque indice. Un CS(corr = 0.7) représente ainsi la proportion maximale de cas pouvant être retirés tout en maintenant une corrélation d'au moins 0.7 avec l'échantillon d'origine pour 95% des échantillons *bootstrap*. Suivant les recommandations d'Epskamp et al. (2018), nous avons fixé le seuil d'acceptabilité de ce coefficient à ≥ 0.5 .

Comparaison entre groupes – En vue de répondre à la troisième question de recherche, le réseau obtenu a ensuite été comparé en fonction de la modalité de genre des participants. Pour ce faire, nous avons employé une technique de modèle de réseau modéré (MNM) avec la modalité de genre comme modérateur catégoriel (Haslbeck, 2022). Il s'agit en effet de la méthode la plus sensible de comparaison de réseau (Haslbeck, 2022), s'inscrivant à nouveau dans la démarche exploratoire de cette étude.

Synergie – Pour tester la synergie, nous avons repris les préconisations de Tsai et al. (2017) et utilisé des termes d'interaction dans une régression linéaire. Le choix de ces termes d'interaction a été guidé par les résultats de l'analyse en réseau, selon une méthodologie inspirée de J. S. Lee et al. (2024).

Contrairement à une sélection basée sur les nœuds les plus influents, telle qu'opérée par les auteurs, nous avons opté pour une sélection visuelle, en retenant les variables associées à au moins deux autres variables, selon le pattern décrit dans la Fig. 4c. Pour évaluer les interactions significatives, nous avons examiné les pentes simples (*simple slopes*), avec des valeurs conditionnelles sélectionnées sur base des moyennes ± 1 SD. Nous avons également utilisé la technique de l'intervalle de Johnson-Neyman afin d'identifier les valeurs précises de la variable modératrice pour lesquelles l'effet devient statistiquement significatif (Johnson & Neyman, 1936).

Logiciels employés – Toutes les analyses ont été menées dans R (v4.5.1) (R Core Team, 2025) sous VSCode (v. 1.107.1). L'analyse de puissance a été conduite avec le *package* *powerly* (v1.10.0) (Constantin et al., 2023). Le réseau a été estimé par *mgm* (v1.2.15), via la fonction *estimateNetwork* de *bootnet* (v1.6) et visualisé avec *qgraph* (v1.9.8) (Epskamp et al., 2012; 2018; Haslbeck & Waldorp, 2020). *bootnet* a également été employé pour toutes les estimations de stabilité. Le MNM a été estimé par la fonction *condition* de

mgm (Haslbeck, 2022). L'analyse par pentes simples et le calcul de l'intervalle de Johnson-Neyman ont été réalisés via *interactions* (v1.2.0) (Long, 2024).

5.2.4 Éthique

Le Comité d'Éthique hospitalo-universitaire de l'Université de Liège a donné son approbation pour la conduite de cette étude en date du 12/04/2024 (N° EudraCT : B70720230000077)

5.2.5 Financement

Cette étude a été financée par la Fondation Léon Frédéricq à travers un Prix spécifique, la Bourse Joëlle Defourny.

5.3 Résultats

En tout, 542 personnes ont ouvert le questionnaire en ligne, dont 521 personnes via les réseaux sociaux, une, via les affiches diffusées dans les espaces associatifs, 14, via les centres de santé sexuelle, et six, via les plannings familiaux. Après fusion des données et exclusions des participants ayant ouvert le questionnaire sans y répondre, il restait 344 réponses. Neuf répondantes s'identifiaient comme femmes et ont été exclues. Les 93 questionnaires incomplets ont ensuite été supprimés (28%) et le test de Little ($p = 0.413$) suggère l'absence de différence systématique dans les données manquantes, validant l'hypothèse MCAR. Après inspection des données, sept personnes ont répondu plusieurs fois aux questionnaires, dont une, à trois reprises ; seule la première réponse a été conservée. L'échantillon analytique final consiste donc en 243 observations distinctes.

5.3.1 Caractéristiques démographiques

Les caractéristiques démographiques détaillées des participants se trouvent dans le Tableau 8. L'échantillon se compose de 159 hommes cis, 47 hommes trans et de 37 personnes non-binaires, dont 17 assignées femmes à la naissance (ci-après «NB AFAB») et 20 assignées hommes (ci-après «NB AMAB»).

Ces termes, s'ils sont critiquables, puisqu'ils renvoient les personnes non-binaires à leur assignation de naissance, étaient le meilleur descriptif que nous avons trouvé. En effet, l'analyse des réponses libres montrent que la plupart d'entre eux se définissaient comme *agender*, *genderfluid* ou *queer*. Il était dès lors difficile de parler de personnes non-binaires transmasculines ou transféminines, puisqu'il n'y avait pas nécessairement d'attachement fort à un autre genre. Bien que les personnes non-binaires ne faisaient pas partie de la

population envisagée, nous avons décidé de garder l'ensemble des données pour la partie descriptive de ce travail, vu son caractère exploratoire, et le peu de données en contexte belge. Vu le peu d'échantillon dans les catégories non-binaires, ces résultats doivent être pris avec précaution et ne peuvent servir, au mieux, qu'à la génération d'hypothèses.

L'âge médian de l'échantillon est de 30 ans et diffère significativement selon la modalité de genre ($H(3) = 74.9, p < 0.01$). Ainsi, les participants cis sont plus âgés que les participants trans, avec un âge médian de 35 ans, contre 24 ans. Les NB AFAB ont un âge médian de 25 ans et les NB AMAB de 28 ans. La population de cette étude est particulièrement éduquée, 71% des participants ayant acquis un diplôme de l'enseignement supérieur. Les différences dans le niveau de diplomation en fonction de la modalité de genre sont partiellement liées à la surreprésentation des étudiants chez les hommes trans.

Ainsi, 79% des hommes trans sont aux études supérieures ou ont acquis un diplôme des études supérieures, contre 81% des hommes cis. En revanche, ce chiffre monte à 85% pour les NB AMAB et 94% pour les NB AFAB. Ces résultats sont cohérents avec un HISEI plus élevé pour les non-binaires, bien que ce résultat ne soit pas significatif. Les différences en termes de revenus médians nets estimés doivent également prendre en compte le taux d'étudiant. Ainsi, après suppression de ces derniers, les chiffres passent à 26000€, 17000€, 16500€ et 28000€ pour les hommes cis, les hommes trans, les NB AFAB et les NB AMAB respectivement.

La majorité des participants résident en Wallonie (71%), bien que les provinces du Luxembourg et du Brabant Wallon soient peu représentées, *a fortiori* pour les personnes trans et non-binaires. En outre, seule une minorité des répondants vit dans un village (18%), la majorité habitant dans des grandes villes (60%).

Enfin, sur le plan de l'orientation sexuelle, la plupart des répondants sont gays (71%), avec une forte distinction selon la modalité de genre ($\chi^2 = 72.86, p < 0.001$). De fait, alors que 87% des hommes cis s'identifient de la sorte, ce chiffre tombe à 43% chez les hommes trans, 12% chez les NB AFAB et 60% chez les NB AMAB.

Les résultats dans la catégorie « Autres » concernent un participant s'étant décrit comme hétérosexuel malgré des rapports occasionnels avec des hommes et quatre résultats en texte libre (« achilléen », « queer », « unisexuel », ainsi qu'un participant refusant de poser des mots son orientation sexuelle).

Variables	N	Modalité de genre					p-value ¹	q-value ²
		Total N = 243 ¹	Hommes cis N = 159 ¹	Hommes trans N = 47 ¹	NB AFAB N = 17 ¹	NB AMAB N = 20 ¹		
Âge (années)	243	30 (25, 42)	35 (29, 46)	24 (21, 27)	25 (23, 29)	28 (24, 30)	<0.001 ¹	<0.001 ¹
Plus haut diplôme	243						0.013 ⁴	0.052
<i>Primaire (CEB)</i>		4 (1.6%)	4 (2.5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
<i>Secondaire inférieur</i>		8 (3.3%)	5 (3.1%)	3 (6.4%)	0 (0%)	0 (0%)		
<i>Secondaire supérieur (CESS)</i>		60 (25%)	27 (17%)	22 (47%)	5 (29%)	6 (30%)		
<i>Supérieur de type court</i>		78 (32%)	51 (32%)	12 (26%)	8 (47%)	7 (35%)		
<i>Supérieur de type long</i>		93 (38%)	72 (45%)	10 (21%)	4 (24%)	7 (35%)		
Occupation actuelle	223						<0.001 ¹	0.003
<i>Étudiant</i>		57 (26%)	20 (14%)	21 (46%)	8 (47%)	8 (47%)		
<i>En incapacité/invalidité</i>		14 (6.3%)	10 (7.0%)	2 (4.3%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)		
<i>Sans emploi</i>		21 (9.4%)	13 (9.1%)	6 (13%)	2 (12%)	0 (0%)		
<i>Travailleur</i>		131 (59%)	100 (70%)	17 (37%)	6 (35%)	8 (47%)		
Revenus annuels (€)	243	16,000 (2,500, 31,000)	24,000 (2,500, 36,000)	12,000 (24, 20,000)	10,000 (2,000, 16,500)	18,500 (11,500, 33,400)	<0.001 ¹	0.003
Province de résidence	243						0.3 ⁴	0.5
<i>Hainaut</i>		33 (14%)	23 (14%)	9 (19%)	1 (5.9%)	0 (0%)		
<i>Namur</i>		28 (12%)	19 (12%)	5 (11%)	3 (18%)	1 (5.0%)		
<i>Liège</i>		98 (40%)	66 (42%)	14 (30%)	9 (53%)	9 (45%)		
<i>Luxembourg</i>		8 (3.3%)	7 (4.4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5.0%)		
<i>Brabant Wallon</i>		6 (2.5%)	2 (1.3%)	3 (6.4%)	0 (0%)	1 (5.0%)		
<i>Région Bruxelles-Capitale</i>		70 (29%)	42 (26%)	16 (34%)	4 (24%)	8 (40%)		
Type d'habitat	240						0.089 ⁴	0.3
<i>Village</i>		42 (18%)	35 (22%)	4 (8.7%)	1 (5.9%)	2 (10%)		
<i>Petite ville</i>		54 (23%)	36 (23%)	13 (28%)	2 (12%)	3 (15%)		
<i>Grande ville (> 100.000)</i>		144 (60%)	86 (55%)	29 (63%)	14 (82%)	15 (75%)		
Orientation sexuelle	243						<0.001 ¹	0.003
<i>Gay</i>		172 (71%)	138 (87%)	20 (43%)	2 (12%)	12 (60%)		
<i>Bisexuel/pansexuel</i>		66 (27%)	18 (11%)	27 (57%)	14 (82%)	7 (35%)		
<i>Autres</i>		5 (2.1%)	3 (1.9%)	0 (0%)	1 (5.9%)	1 (5.0%)		
HISEI	243	60 (41, 76)	58 (33, 76)	57 (39, 71)	70 (57, 79)	67 (43, 76)	0.2 ³	0.5

¹ Median (Q1, Q3); n (%)² Holm correction for multiple testing³ Kruskal-Wallis rank sum test⁴ Pearson's Chi-squared test with simulated p-value (based on 2000 replicates)

Tableau 8. – Caractéristiques démographiques des répondants

5.3.2 Pratiques sexuelles

Types de rapports sexuels – La pénétration anale réceptive est plus fréquente chez les hommes cis (70%) et les NB AMAB (60%) que chez les hommes trans et les NB AFAB (43% et 24%, respectivement ; $\chi^2 = 74.78, p < 0.001$). En termes de sexe insertif, c'est-à-dire de pénétration réalisée par le répondant sur autrui, on retrouve un pattern similaire, avec 62% des hommes cis et 70% des NB AMAB contre 36% des hommes trans et 29% des NB AFAB ($\chi^2 = 16.45, p < 0.001$). Les rapports vaginaux réceptifs sont, de leur côté, plus fréquents que les rapports anaux réceptifs pour les participants pouvant pratiquer les deux. Ils concernent 70% des hommes trans et 83% des NB AFAB.

Protection des rapports – Dans l'ensemble, 17% de l'échantillon a eu une pénétration réceptive non protégée dans les 12 derniers mois. Lorsque l'on croise pratiques de protection et modalité de genre, il ressort que 14% des hommes cis et 9% des hommes trans ont eu des rapports anaux réceptifs non protégés. Toutefois, 19% de ces derniers ont eu des rapports vaginaux non protégés dans l'année écoulée, menant à un taux global de non protection plus élevé que chez les hommes cis. En outre, à pratique égale de la pénétration anale, les deux groupes ne différaient significativement dans la proportion de rapports protégés (20% et 25% respectivement). De plus, 35% des NB AFAB ont eu un rapport réceptif non protégé, généralement vaginal et 10% des NB AMAB ont eu un rapport anal non protégé.

Nombre de partenaires – Les répondants ont mentionné une médiane de 2 partenaires dans les 12 mois écoulés. Il existe toutefois une dispersion importante dans ces données. Ainsi, 23% des hommes cis ont eu plus de dix partenaires dans l'année, contre 20% des NB AMAB, 9% des hommes trans et 6% des NB AFAB, bien que cette différence ne soit que marginalement significative ($p = 0.08$).

Dépistage – La durée médiane depuis le dernier dépistage est de 6 mois dans l'échantillon complet, variant de 5 mois pour les hommes cis, à 12 mois pour les NB AMAB, en passant par 6 mois pour les hommes trans et 9 mois pour les NB AFAB, sans significativité statistique.

Usage du TPE – Seuls 2% des participants ont eu recours au TPE dans cette étude, sans lien décelable avec la modalité de genre.

Pratiques de chemsex – Le chemsex concernait 12% de l'échantillon sans différence significative selon la modalité de genre.

Travail du sexe – 6% de l'échantillon avait pratiqué le travail du sexe dans les 12 derniers mois, avec une prédominance des répondants trans et non-binaires ($p = 0.03$). Ainsi 9% des hommes trans, 12% des NB AFAB et 15% des NB AMAB y ont eu recours, contre 3% des hommes cis.

Risque sexuel élevé – Dans l'ensemble, 40% de l'échantillon a été classifié comme étant à risque élevé, sans différence significative selon la modalité de genre. Toutefois, comme les données ci-dessus le montrent, les pratiques qui composent cet indicateur fluctuent de manière importante parmi les groupes. La Fig. 15 offre une représentation graphique de cette variation par modalité de genre. La seule différence significative concernait le travail du sexe ($p = 0.03$), mais cette différence disparaissait après correction pour comparaison multiple.

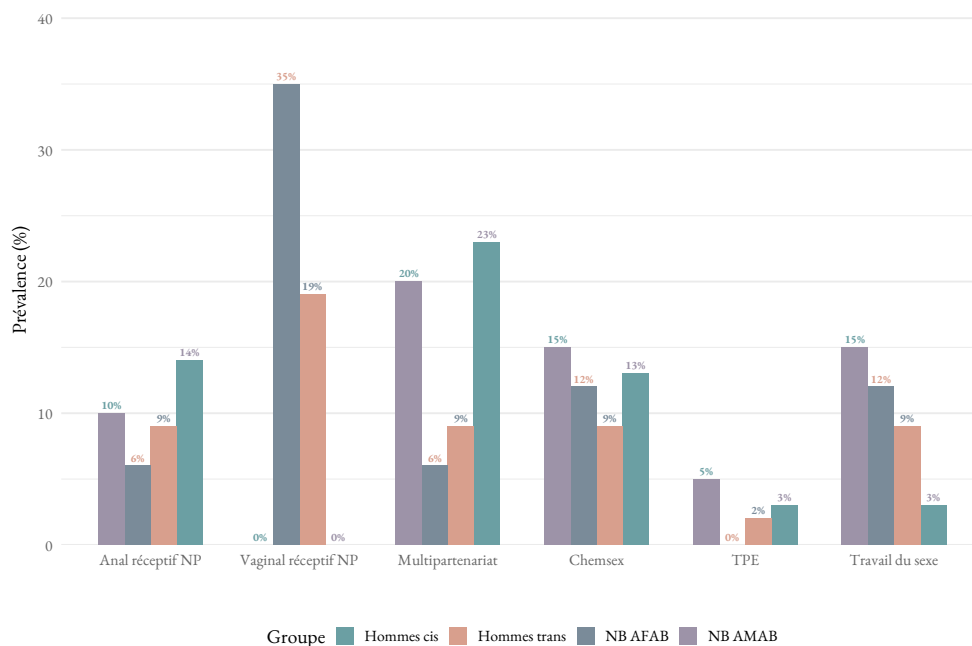


Fig. 15. – Prévalence des critères de risque sexuel élevé, par modalité de genre

5.3.3 Dépression

La dépression est particulièrement prévalente dans notre échantillon. En effet, le score médian du PHQ-8 s'élevait à 9, pour un *cutoff* ≥ 10 . Les participants trans et NB AFAB ont des scores significativement plus élevés, avec 12 et 14, respectivement, contre 8, pour les hommes cis et les NB AMAB. Traduit selon les critères de Sciensano, la prévalence s'élevait ainsi à 30% pour l'échantillon global, avec 25% pour les hommes cis et les NB AMAB contre 43% et 53% pour les hommes trans et les NB AFAB.

5.3.4 Suicidalité

La suicidalité suit un schéma similaire à celui de la dépression. Le score médian du SBQ-R est de 9 avec une différence significative selon la modalité de genre et des scores significativement plus élevés pour les hommes trans (11) et les NB AFAB (13) par rapport aux hommes cis (8) et aux NB AMAB (9.5). Les médianes de chaque groupe dépassaient donc le *cutoff* de ≥ 7 pour un risque suicidaire élevé.

En termes d'idéation suicidaire, 36% des hommes cis ont pensé plus d'une fois au suicide dans l'année écoulée, contre 45% des NB AMAB, 65% des NB AFAB et 70% des hommes trans. Enfin, 15% des hommes cis ont déjà fait une tentative de suicide à un moment de leur vie, contre 25% des NB AMAB, 47% des hommes trans et 53% des NB AFAB.

5.3.5 Estime de soi

L'estime de soi présente les mêmes caractéristiques que la dépression et la suicidalité. On retrouve ainsi un score médian de 18, significativement plus élevé chez les hommes cis (19) et les NB AMAB (23) que chez les hommes trans (14) et les NB AFAB (13). Traduit en termes de proportions, l'estime de soi est inférieure au seuil pré-établi chez respectivement 26%, 25%, 57% et 71% des participants.

5.3.6 Soutien social et solitude

Malgré la prévalence de ces difficultés en santé mentale, notre échantillon bénéficie d'un assez bon niveau de soutien social et celui-ci ne diffère pas significativement selon la modalité de genre. Ainsi, le score médian de l'échantillon est de 5.4, correspondant à un haut niveau de soutien. Ce haut niveau est retrouvé chez 62% de l'échantillon tandis qu'un soutien moyen est présent pour 35%.

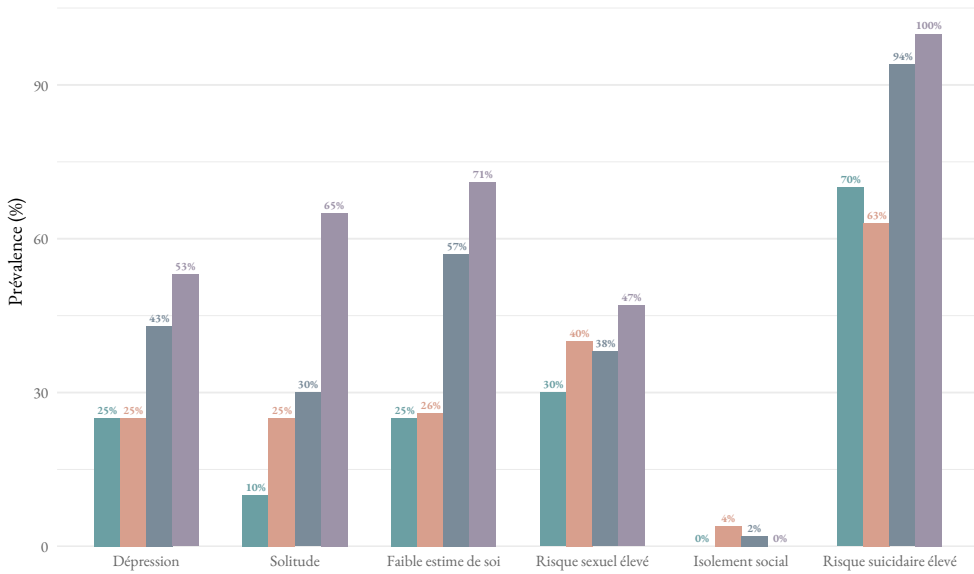
Lorsque l'on regarde les sous-échelles, le soutien familial est en dessous de ce score global, avec un score de 4.3 et est le plus bas chez les hommes trans, avec 3.3. Cela se traduit par une différence statistiquement significative en termes de classification, les hommes trans étant 34% à signaler un soutien familial faible, contre 26% dans l'échantillon complet ($p = 0.04$).

Enfin, le score de solitude global est de 18, avec une variation statistiquement significative, les NB AFAB et les hommes trans rapportant des scores plus élevés que les hommes cis et les NB AMAB (20 et 24 contre 17 et 15 ; $H(3) = 16.995, p < 0.001$).

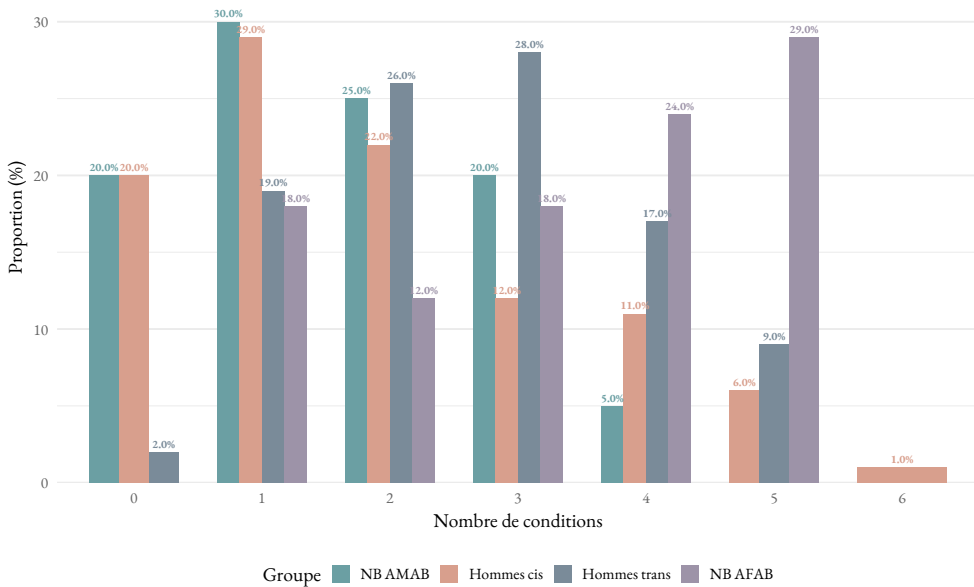
5.3.7 Nombre de conditions

Avant de procéder à l'analyse statistique, nous avons réalisé une analyse de la répartition des prévalences des conditions syndémiques (Fig. 16a) ainsi que du fardeau en conditions

par groupe (Fig. 16b), sur base des seuils évoqués dans la méthodologie. Hormis la prise de risque sexuel et le soutien social, toutes ces conditions sont significativement associées à la modalité de genre. On retrouve en outre une gradation dans la prévalence : NB AMAB \leq hommes cis < hommes trans < NB AFAB, pour toutes les conditions, à l'exception de la suicidalité où les scores des NB AMAB dépassaient ceux des hommes cis. En outre, le nombre médian de conditions syndémiques par participant est de 2 pour la totalité de l'échantillon. Réparti par groupe, cela donnait, selon l'ordre précité : 1.5, 2, 3 et 4 ($H(3) = 24.799, p < 0.001$). Ainsi, comme on peut l'observer sur la Fig. 16b, les groupes présentent des distributions différentes. La distribution des NB AMAB et les hommes cis est asymétrique à gauche tandis que celle des NB AFAB est asymétrique à droite, celle des hommes trans se rapprochant le plus d'une distribution normale.



(a) Distribution des conditions syndémiques par modalité de genre



(b) Distribution du nombre de conditions syndémiques, par modalité de genre

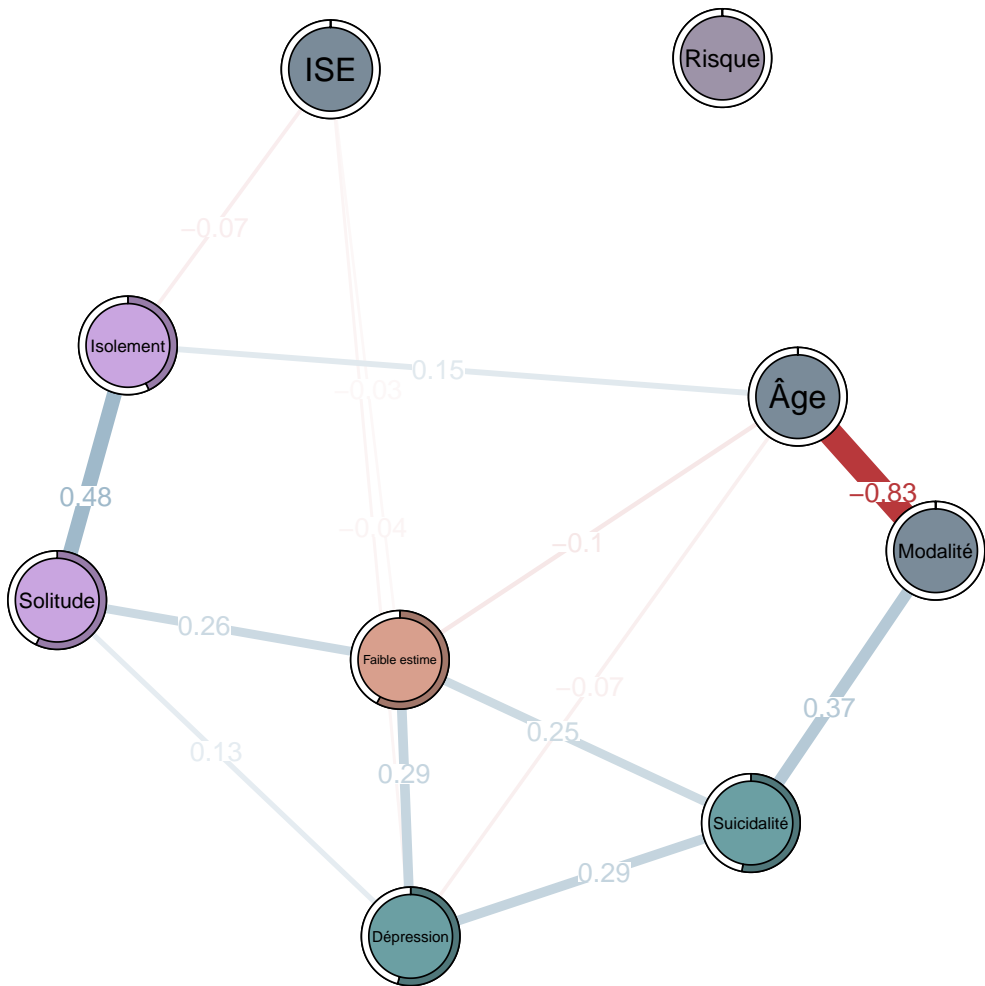
Fig. 16. – Distribution de la prévalence et du nombre de conditions syndémiques, par modalité de genre

5.3.8 Analyse syndémique en réseau

Taille d'échantillon finale – Vu la petitesse des échantillons non-binaires, une analyse de réseau avec une variable de modalité de genre à trois ou quatre niveaux n'était pas envisageable. Fusionner la totalité des participants non-binaires avec les participants trans n'était pas pertinent, vu les différences importantes entre les NB AMAB, les NB AFAB et les hommes trans. Le compromis choisi pour cette étude a donc été de fusionner les catégories NB AFAB et hommes trans. L'objectif est ici plus pragmatique que théorique, en permettant d'obtenir $N = 64$ pour cette nouvelle catégorie hommes trans et non-binaires AFAB (ci-après « TNB »). Bien que ce recoupement ne soit pas idéal, il a été jugé suffisamment satisfaisant, au vu de la proximité relative entre les deux groupes sur le plan des variables syndémiques et de la démographie. En effet, les seules variables incluses dans l'analyse qui diffèrent entre les deux groupes sont l'HISEI et la solitude, toutes deux plus élevées chez les NB AFAB (voir Tableau v – Annexe C.2). Puisque la catégorie hommes cis comportait déjà 159 participants, nous avons choisi de ne pas les fusionner avec les 20 NB AMAB. En effet, le faible gain de puissance n'aurait pas compensé la perte de précision. L'échantillon analytique final se compose donc de 223 participants.

Stabilité des estimations – Dans l'ensemble, les estimations du réseau sont proches des estimations *bootstrap* et les BCI ne chevauchent pas zéro, à l'exception de l'arête *age - i se* (Fig. i – Annexe C.3). Il existe un chevauchement important des BCI pour les arêtes significatives, limitant l'interprétation sur les différences relatives de poids entre ces dernières. Les arêtes positives les plus stables du réseau sont, dans l'ordre de leurs poids respectifs : (1) isolement social et solitude; (2) modalité de genre et suicidalité ; (3) dépression et suicidalité ; (4) dépression et faible estime de soi ; (5) solitude et faible estime de soi ; (6) suicidalité et faible estime de soi, présentes dans 100% des 5000 échantillons *bootstrap* (Fig. ii – Annexe C.3). La seule arête négative présente dans la totalité des estimations est la relation inverse entre âge et modalité de genre. De manière plus prudente, l'association positive entre isolement social et âge ainsi que l'association négative entre âge et faible d'estime de soi ont été retrouvés dans 93% et 84% des échantillons *bootstrap*. Parmi les arêtes stables, la seule significativement plus forte que les autres est l'association entre solitude et isolement (Fig. iii – Annexe C.3). Au niveau des indices de centralité, les deux indices avec $CS(\text{cor} = 0.7) > 0.5$ sont la force, avec 0.67 et l'influence attendue, avec 0.75 (Fig. iv – Annexe C.3).

Description du réseau – Le réseau final (Fig. 17) comporte 9 nœuds et 14 arêtes non nulles sur les 36 associations possibles (densité de 0.39). Le poids moyen absolu des arêtes est de 0.093, allant de -0.83 (âge et modalité de genre) à 0.48 (isolement et solitude). Le nœud de risque sexuel n'est connecté à aucun autre nœud du réseau.



Réseau de corrélations partielles par MGM. Les arêtes bleues représentent des corrélations positives et les rouges, des corrélations négatives. Les cercles autour des nœuds représentent la variance expliquée des nœuds. Faible estime : Rosenberg recodé; suicidalité : SBQ-R; dépression : PHQ-8; solitude : ULS-8; isolement social : MSPSS recodé; risque : risque sexuel (élevé ou non); modalité : modalité de genre (cis ou TNB); ISE : indice socio-économique

Fig. 17. – Réseau de corrélations partielles des conditions syndémiques

Indices de centralité – Les nœuds avec l'influence attendue la plus élevée sont la suicidalité et la solitude, tandis que ceux qui ont la force la plus élevée sont la modalité de genre et l'âge, vu la force de l'association unissant les deux (Fig. v - annexes). Le test de différence bootstrap pour la force ne montrait pas de différence significative pour les variables cliniquement significatives, imposant une prudence dans l'interprétation des indices (Fig. vi – Annexe C.3).

Performance prédictive du réseau – Le réseau prédisait substantiellement la variance des variables syndémiques (R^2 entre 0.43 et 0.578), principalement pour l'estime de soi ($R^2 = 0.578$), la solitude ($R^2 = 0.571$), la dépression ($R^2 = 0.543$), et la suicidalité ($R^2 = 0.53$).

Comparaison entre les groupes – Un MNM a été utilisé pour établir une comparaison entre les hommes cis et les TNB. Vu la petitesse des échantillons, les estimations d'arêtes présentées dans la Fig. 18 doivent être interprétées avec prudence, et le modèle en lui-même doit être vu comme purement exploratoire. Cela étant dit, on peut noter l'apparition d'une association positive de 0.26 entre les comportements à risque sexuel et le degré de suicidalité, uniquement présent dans le groupe TNB. En outre, l'arête faible estime de soi et dépression est légèrement plus élevée dans le groupe TNB (0.32 contre 0.25). Toutes les autres arêtes sont identiques.

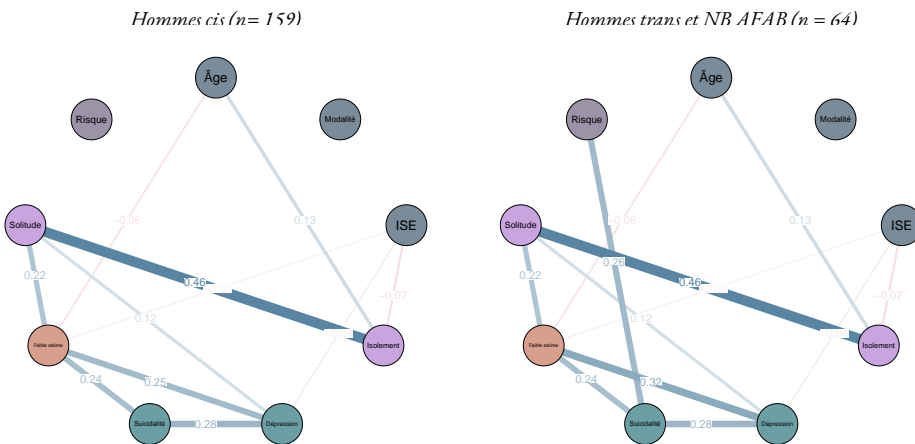


Fig. 18. – Modèle de réseau modéré par la modalité de genre

Synergie – En utilisant l'analyse de réseau comme manière d'explorer les synergies potentielles, nous avons réalisé des régressions linéaires comprenant un produit d'interaction pour chaque variable identifiée comme liée à au moins deux autres variables. Seules les arêtes stables ont été testées. Nous avons ainsi testé quatre modèles : (1) interaction entre estime de soi et dépression sur la suicidalité ; (2) interaction entre suicidalité et estime de

soi sur la dépression ; (3) interaction entre la solitude, la suicidalité et la dépression sur l'estime de soi ; (4) interaction entre l'isolement social et l'estime de soi sur le sentiment de solitude. Chaque modèle a été ajusté pour les autres variables syndémiques ainsi que pour l'âge, la modalité de genre et l'ISE. Seul le deuxième modèle comportait des termes d'interaction significatifs (Tableau 9). L'analyse par pentes simples (Fig. vii – Annexe C.4) permet d'apprécier cette interaction. La relation entre estime de soi et dépression est donc modérée par le degré de suicidalité, l'impact d'une faible estime de soi sur la dépression étant amplifié chez les participants avec une suicidalité élevée.

Variables	Beta ¹	95% CI	p-value
Risque suicidaire (SBQR)	0.07	-0.29, 0.43	0.7
Faible estime de soi (Rosenberg recodé)	0.01	-0.21, 0.22	>0.9
Solitude (ULS-8)	0.20**	0.06, 0.34	0.004
Isolement social (MPSS recodé)	-0.01	-0.06, 0.05	0.8
Risque sexuel élevé	0.23	-0.86, 1.3	0.7
Âge	-0.06*	-0.11, -0.01	0.013
Modalité de genre	0.31	-1.1, 1.8	0.7
Indice socioéconomique	-0.47	-1.0, 0.07	0.089
Risque suicidaire (SBQR) * Faible estime de soi (Rosenberg recodé)	0.03**	0.01, 0.05	0.009

¹ *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001
Abbreviation: CI = Confidence Interval

Tableau 9. – Modèle synergique 2 : interaction entre estime de soi et suicidalité sur la dépression (n = 223)

L'intervalle de Johnson-Neyman montre en outre que la relation entre estime de soi et symptomatologie dépressive n'est significative que lorsque le score SBQ-R dépasse 5.12 (intervalle observé : 3-18). Autrement dit, chez les participants ayant un SBQ-R < 5, il n'y a pas de relation entre l'estime de soi et la dépression. 19% de l'échantillon se situe dans cette situation, ce qui signifie que, dans 81% des cas, il y a une relation entre dépression et estime de soi, laquelle gagne en force à mesure que la suicidalité augmente. Ces résultats permettent en plus d'expliquer que l'arête entre estime de soi et dépression est plus forte dans le groupe TNB lors du MNM, la suicidalité étant plus élevée dans ce groupe.

5.3.9 Post-hoc

Pour explorer plus en avant la relation entre suicidalité et prise de risque sexuel chez les TNB, nous avons procédé en *post-hoc* à des régressions logistiques afin de (1) confirmer cette association et (2) tenter de déterminer quel(s) indice(s) de la variable de risque sexuel causai(en)t cette association.

La première régression a permis de confirmer cette association, en ajustant pour les autres variables syndémiques ainsi que pour l'âge et l'ISE, avec un OR = 1.66 (IC95% : 1.27 – 2.35, $p = 0.001$; voir Tableau vi – Annexe C.5).

Dans la deuxième partie de l'analyse, nous avons réutilisé le même modèle logistique, mais en substituant le risque sexuel global par chaque variable composant l'indice et avons appliqué une correction de Holm-Bonferroni pour comparaisons multiples. Les modèles prédisant le *chemsex* ou l'usage du TPE n'étaient pas stables, faute de cas suffisants. La seule association significative concernait les rapports pénétratifs non-protégés (OR = 1.33 ; IC95% : 1.06 – 1.73, $p = 0.02$) mais ce résultat devenait marginalement significatif après correction de Holm-Bonferroni ($q = 0.099$), vraisemblablement imputable à un manque de puissance statistique. Les résultats synthétiques de ces différentes régressions se trouvent dans le Tableau vii (Annexe C.5).

5.4 Discussion

Les données de cette étude démontrent la présence d'une syndémie au sein des HMS belges francophones. En effet, nous avons pu mettre en évidence à la fois la concentration de plusieurs conditions au sein de cette population ainsi que la présence d'une synergie entre trois de ces conditions : la faible estime de soi, la suicidalité et la dépression.

Si les prévalences que nous avons retrouvées dans cet échantillon sont élevées, elles ne sont toutefois pas inouïes par rapport à la littérature internationale. Ainsi, les 36% et 70% d'hommes cis ayant des idées suicidaires dans les 12 derniers mois sont cohérents avec les 32% et 62% retrouvés par l'European Union Agency For Fundamental Rights (2024) pour les HCMS et HTMS belges, bien que significativement plus élevés que les 21% de la méta-analyse de Nouri et al. (2023). De même, les 15% et 47% de tentative de suicide à vie s'alignent avec les 12% de la méta-analyse de Nouri et al. (2023) chez les HCMS ainsi qu'avec les 17% et 44% dans l'enquête de l'European Union Agency For Fundamental Rights (2024). Ces chiffres doivent être mis en relation avec les 8.5% d'idéations suicidaires dans l'année écoulée et les 3.1% de tentatives de suicide dans la population masculine belge adulte (Sciensano, 2025b).

Il en va de même pour la dépression, avec 25% des hommes cis de l'échantillon qui correspondent au critère fixé par Sciensano (2024) pour un trouble dépressif, des chiffres proches des 26% de la méta-analyse de Nouri et al. (2022) sur huit études européennes. 43% des hommes trans correspondaient à ce critère. Faute de comparaison directe, notre meilleure estimation est les 51% de HTMS belges qui avaient répondu s'être sentis déprimés au moins la moitié du temps dans les deux dernières semaines dans l'enquête de l'European Union Agency For Fundamental Rights (2024). Cette question est superposable à un score ≥ 2 , au deuxième item du PHQ-8, retrouvé chez 34% de nos participants. Une fois de plus, ces chiffres doivent être mis en perspective avec les 15% de prévalence de dépression dans la population belge générale en octobre 2024, sur base du même critère de mesure (Duveau et al., 2025).

Plus qu'une simple accumulation de prévalence, notre étude met surtout en évidence l'interaction entre ces différentes conditions. Le réseau syndémique modélisé montre ainsi des associations entre toutes les variables, à l'exception du risque sexuel, qui n'est associé qu'à la suicidalité dans le groupe TNB. L'absence de connexion du risque sexuel peut s'expliquer par plusieurs hypothèses. Premièrement, il s'agissait de la seule variable ne découlant pas d'un score sur une échelle validée mais d'une binarisation en fonction d'un *pattern* comportemental. Il est dès lors possible que les critères retenus ou les seuils choisis n'aient pas été adéquats, ou que la binarisation elle-même en deux classes de risque ne permettent pas de modéliser correctement le phénomène. Il est également possible que

la prise de risque sexuel ne soit pas liée aux autres conditions syndémiques, mais cette hypothèse nous apparaît comme invraisemblable au vu de la littérature considérable qui étaye l'inverse.

Plusieurs associations au sein du réseau méritent qu'on s'y attarde. Premièrement, la corrélation forte entre modalité de genre et suicidalité, après ajustement pour l'âge et le statut socio-économique, démontre une suicidalité accrue chez les HTMS, par rapport aux HCMS, en accord avec la littérature internationale (Kohnepoushi et al., 2023; Nouri et al., 2022; Salway et al., 2019). Étant donné que l'association entre ces deux nœuds n'est médiée par aucune autre variable, elle découle de facteurs non-mesurés dans l'étude. Le cissexisme, la transphobie, exercée par autrui ou internalisée, la prévalence élevée de traumatismes, notamment sexuels, dans l'histoire de vie, des difficultés d'accès aux services de santé mentale ou au soins de transition pourraient contribuer à expliquer cette disparité. Toutefois, comme nous le développerons dans la Section 6.4, la suicidalité est un phénomène complexe qui ne saurait se résumer à la transitude des individus.

La relation négative entre âge et modalité de genre est l'association la plus forte du réseau, et était attendue, étant donné que les hommes trans, en général, représentent une population assez jeune et qui transitionne notamment plus tôt que les femmes trans (Arijs et al., 2025). Les données suggèrent également un facteur protecteur de l'âge sur l'estime de soi et la dépression, malgré un isolement croissant. Ces données pourraient indiquer que les HMS tendent à être plus isolés en vieillissant, mais qu'ils développent également une résilience accrue. Toutefois, ces associations étaient faibles et instables, vraisemblablement à cause de la taille de l'échantillon et de la surreprésentation de participants jeunes, et doivent donc être interprétées avec prudence. De manière analogue, l'ISE semblait représenter un facteur de protection vis-à-vis de l'isolement, de l'estime de soi et de la dépression, mais ces relations sont encore plus faibles et instables, en raison sans doute d'une certaine homogénéité. Notre échantillon est ainsi particulièrement éduqué, 70% des participants ayant un diplôme de l'enseignement supérieur, contre 44% des hommes de 25-34 ans dans la population belge (Statbel, 2025b). Cette combinaison d'un haut niveau d'éducation et d'une haute prévalence d'idéation suicidaire et de dépression est particulièrement interpellante, sachant que le niveau d'éducation représente un facteur de protection contre les deux (Sciensano, 2024; 2025b).

Si on exclut la suicidalité, dont l'influence attendue est artificiellement gonflée par son association avec la modalité de genre, le nœud le plus influent du réseau est la faible estime de soi. Elle est ainsi directement reliée à trois conditions syndémiques : la solitude, la dépression et la suicidalité. Elle médie en outre partiellement le lien entre solitude et dépression, avec des estimations d'arête plus stables que pour la voie directe, ainsi que le lien entre solitude et suicidalité. Ainsi, nos données indiquent que la solitude augmente l'intensité des symptômes dépressifs, à la fois directement mais aussi à travers une diminution de l'estime de soi. Vu la bidirectionnalité possible des associations, le chemin inverse

est également plausible. La dépression diminuerait ainsi l'estime de soi, ce qui contribuerait à se sentir plus seul, malgré un entourage présent. Par ailleurs, un sentiment de solitude accru pourrait diminuer l'estime de soi des HCMS et ainsi augmenter leur suicidabilité.

Les associations les plus notables concernent le triangle formé par la faible estime de soi, la dépression et la suicidabilité, ce qui pourrait suggérer la présence de boucles de renforcement dont les mécanismes sont précisés par la synergie décelée entre ces variables. Ainsi, chez les personnes avec une suicidabilité accrue, l'impact d'une baisse de l'estime de soi sur la dépression est démultiplié. Les symptômes dépressifs majorent à leur tour la suicidabilité, ce qui amplifie le phénomène. Cette boucle serait en outre amplifiée chez les personnes esseulées, par les voies décrites dans le paragraphe précédent. Ces différents éléments pris en compte, l'estime de soi se dégage donc comme une variable particulièrement pertinente pour les interventions cliniques individuelles.

Enfin, sur le plan des comportements sexuels, 12% de l'échantillon est *chemsexer* (13% des HCMS et 9% des HTMS ; $p = 0.61$), soit un peu moins que les 16% de la méta-analyse de Coronado-Muñoz et al. (2024) et nettement moins que les 18.2% des HCMS belges de l'enquête EMIS de 2017 (Vanden Berghe et al., 2021). La différence entre nos données et ces estimations provient sans doute de la répartition géographique de notre échantillon. En effet, dans l'enquête EMIS, seuls 20.5% des participants résidaient en Wallonie contre 49.5% en Flandre et 25.8% en Région de Bruxelles-Capitale. Or, Bruxelles et Anvers se distinguent des villes wallonnes, l'une par son statut de capitale et l'autre par la présence de son port et le rôle que ce dernier joue dans la circulation des drogues en Europe. Ainsi, Anvers représente la première destination belge, après Bruxelles, où les HCMS se rendent en vue de pratiquer le *chemsex* (Van Acker, 2017). L'usage du TPE est en outre moins fréquent que dans la littérature, avec 2% contre 4.9% dans la méta-analyse de Jin et al. (2022).

Les données de cette étude montrent, en outre, un degré de prise de risque similaire entre les hommes cis et les hommes trans de l'échantillon, mais une variation dans ce qui la compose. Ainsi, en comparaison aux hommes cis, les hommes trans tendent à avoir un nombre de partenaires plus restreint, mais davantage de rapports pénétratifs non protégés. Ce dernier point est lié à une pratique un peu moins fréquente du sexe anal, mais protégée dans des proportions similaires, combinée à une pratique courante du sexe vaginal, moins fréquemment protégé. En outre, nous avons retrouvé une tendance suggérant une pratique du travail du sexe plus répandue chez les hommes trans (9% contre 3% ; $p = 0.12$). L'absence de significativité statistique réside vraisemblablement dans la faible proportion de travailleurs du sexe dans l'échantillon. Cette tendance demeure néanmoins notable, *a fortiori* alors que les hommes trans et les personnes non-binaires sont absents des études sur le travail du sexe (Jones, 2020). Cet effacement des hommes trans dans les questions de santé sexuelle et de prévention sera discuté plus en avant dans la Section 6.2. D'ici là, soulignons que nos données plaident pour une évolution des pratiques de prévention et de recensement, vu la proportion similaire de HTMS et de HCMS classifiés à haut risque.

De plus, dans le groupe TNB, chaque augmentation d'un point du SBQ-R majore de 66% la prise de risque sexuel. La littérature à ce propos montre des résultats mitigés. Ainsi Ferlatte et al. (2018a) n'avaient pas retrouvés d'association entre suicidalité et rapports anaux non protégés chez les HCMS de leur étude, tandis que Guadamuz et al. (2014) avaient trouvé des résultats opposés. Oginni et al. (2019) avaient, quant à eux, mis en évidence une augmentation du score de risque sexuel avec la suicidalité, majoritairement portée par la participation au travail du sexe, alors que la nôtre semble découler du sexe réceptif non protégé. Concernant le lien entre suicidalité et séropositivité, Bränström & Pachankis (2018) avaient retrouvé un lien entre suicidalité et statut VIH, à la différence de Ng et al. (2020). Nos données s'ajoutent à cet édifice en suggérant que la suicidalité accroît la probabilité de comportements sexuels à risque chez les HTMS. Explorer plus en avant ce risque ainsi que le fait qu'il n'ait pas été retrouvé chez les HCMS pourrait être porté par des études ultérieures.

5.5 Forces, limites, et perspectives

Ces résultats doivent être interprétés à la lumière des limites de cette étude.

La première et la plus évidente réside dans la taille de notre échantillon, avec 243 répondants dont seulement 47 HTMS. Ces chiffres sont un peu en deçà des 292 répondants recommandés par notre analyse de puissance pour une densité de 0.4. Il est donc possible que la sensibilité du réseau soit inférieure à l'objectif fixé et que des associations valides n'aient pas été retrouvées. De plus, la conséquence directe de cette taille limitée est une certaine instabilité du réseau et l'impossibilité de comparer les pondérations d'arête et les indices de centralité des nœuds.

En outre, s'agissant d'un échantillon de convenance majoritairement recruté par les réseaux sociaux, il est possible que la population de cette étude ne soit pas généralisable à la totalité de la population des HMS. Le haut niveau d'éducation de l'échantillon limite ainsi l'extrapolation à certains pans de la population des HMS. Il importe toutefois de signaler que cette limite est fréquente dans la recherche, avec une tendance à recruter plus aisément un public éduqué. Ainsi, la cohorte BELHEALTH de Sciensano (2024) a un niveau d'éducation similaire, 76% ayant un diplôme de l'enseignement supérieur.

Par ailleurs, l'absence d'arête reliant le risque sexuel à d'autres nœuds au sein du réseau principal pourrait découler du fait qu'il s'agisse d'une variable composite mise au point pour les besoins de cette étude, plutôt que d'une variable issue de questionnaires validés, à la différence toutes les autres conditions syndémiques du réseau. Il est possible, de fait, que le choix des variables constituant le risque, les *cut-offs* choisis ou la binarisation de la variable n'aient pas permis de mettre en évidence des liens réels au sein du réseau. Signalons toutefois que plusieurs variantes ont été testées comme analyses de sensibilité, notamment

en calculant un score continu plutôt qu'une variable binaire, ou en employant différents *cutoffs* ou composants, sans que cela ait permis de mettre en évidence un lien entre le risque sexuel et les autres nœuds du réseau.

De plus, puisqu'il s'agit d'une étude transversale, la causalité ne peut être clairement établie. Cette limite se combine avec l'absence de directionnalité des études en réseau et empêche de conclure nettement sur l'un des modèles envisagés par dans la Fig. 4. Ainsi, l'absence de donnée temporelle nous empêche d'exclure formellement le modèle de causalité séquentielle (Fig. 4b) tandis que l'absence de direction du MGM rend plausible l'existence de plusieurs chemins causaux. Dès lors, le modèle de causalité réciproque (Fig. 4a) est également compatible avec les données de notre analyse en réseau.

Si ce dernier point constitue une limite, cela s'inscrit néanmoins dans la dimension exploratoire du présent travail et des études à visée confirmatoire pourraient employer des techniques de Graphe Dirigé Acyclique (DAG) ou de Modélisation par Équations Structurelles (SEM) pour déterminer les chemins causaux les mieux appuyés par les données empiriques.

Par ailleurs, l'usage de termes d'interaction dans une régression linéaire a permis de démontrer une synergie au sein de notre échantillon, en accord avec la Fig. 4c.

Le fait que plusieurs modèles d'interaction soient compatibles avec notre analyse statistique nous pousse à considérer qu'une distinction trop stricte entre causalité séquentielle, causalité réciproque et synergie pourrait être inutilement rigide. En effet, les mêmes conditions pourraient participer à différentes structures d'interaction selon le contexte où le moment étudié, certains facteurs pouvant agir à la fois comme cause et comme amplificateur, créant des modèles plus complexes que la distinction habituellement admise dans les études sur la syndémie. Ainsi, il est simultanément possible qu'une estime de soi durablement basse puisse contribuer à l'apparition d'une symptomatologie dépressive et de suicidalité (Fig. 4b), que la suicidalité et la dépression diminuent à leur tour l'estime de soi (Fig. 4a), et qu'il existe une synergie entre suicidalité et estime de soi sur la symptomatologie dépressive (Fig. 4c). Dès lors, si nous demeurons favorables à ce que la synergie soit clairement définie et reste au centre du concept de syndémie, nous invitons toutefois à considérer la porosité entre ces différentes formes d'interaction et la possibilité que plus d'un modèle d'interaction puisse s'appliquer à une même syndémie. Une méthodologie similaire à celle déployée par Chakrapani et al. (2019), aurait pu permettre de déterminer quelle forme d'interaction recevait le plus grand support empirique dans nos données, tout en gardant à l'esprit qu'une vraisemblance supérieure pour un modèle n'invalide pas nécessairement les autres.

Enfin, une dernière limite réside dans l'usage du MSPSS pour mesurer le soutien social. En effet, une étude récente de Barry et al. (2025), publiée alors que notre collecte de données s'achevait, a questionné la validité du MSPSS chez les personnes trans et non-binaires.

Leurs critiques reposent sur les deux versants de leur étude mixte. D'une part, une analyse factorielle confirmatoire de l'échelle dans cette population a révélé une structure à deux facteurs (famille et amis) plutôt que les trois facteurs qui la composent habituellement, mettant en doute la validité de calculer un score global. D'autre part, leurs entretiens avec des personnes trans et non-binaires mettaient en évidence la complexité du soutien familial. De fait, une partie des répondants recevait un bon soutien général de la part de leur famille, mais aucun soutien lié spécifiquement à leur transitude ou aux démarches entreprises pour transitionner. Par ailleurs, le soutien ne provenait parfois que de certains membres spécifiques de leur famille. Des constats similaires ont été posés par Beaubatie (2021) en contexte français et réitérés par Fournier (2023) dans sa recherche sur les hommes trans belges. Ces travaux montrent notamment que, dans les familles aisées, un soutien financier peut perdurer dans une logique de préservation du statut social de la famille, sans se traduire pour autant par un soutien moral ni par une véritable acceptation. Ainsi, ils invitent à nuancer la question du soutien familial en rappelant que «la relation à la famille ne peut être réduite à la dichotomie refus-acceptation» (Fournier, 2023, p. 27). De telles logiques opèrent vraisemblablement aussi vis-à-vis de l'orientation sexuelle, suggérant la nécessité de réévaluer le MSPSS plus largement chez les MSG et d'élaborer des outils plus nuancés.

Malgré ces limites, cette étude n'est pas sans forces. Le choix des variables se repose ainsi sur une revue extensive de la littérature adaptée au contexte belge en sollicitant l'avis d'experts de terrain et de vécu. Toutes les variables, à l'exception du risque sexuel, ont en outre été mesurées à partir d'échelles validées. Le choix de la technique d'analyse s'appuie sur des considérations théoriques fortes sur la nature des syndémies et a été rigoureusement implémentée en respectant les recommandations en vigueur (Burger et al., 2022). Tous ces éléments indiquent une validité interne forte, appuyée par des R^2 hauts pour les variables syndémiques.

Par ailleurs, les prévalences obtenues s'alignent avec la littérature existante, suggérant une validité externe satisfaisante à nos résultats. Il s'agit en outre d'un travail novateur, constituant la première étude européenne mobilisant la théorie syndémique pour étudier la santé des HTMS et une des premières études en syndémie à mobiliser l'analyse en réseau. Notre usage de cette méthode et sa combinaison avec des techniques plus traditionnelles a ainsi permis de démontrer une syndémie tout en explorant ses mécanismes potentiels. Elle suggère en outre l'estime de soi comme piste d'intervention au niveau individuel.

Des études futures, avec un échantillon plus large, sur la totalité de la population belge plutôt que limitée à la francophonie sont nécessaires. Un recrutement plus diversifié, se reposant moins sur les réseaux sociaux permettrait de toucher un public plus large. L'usage de variables biologiques comme des résultats de tests de dépistage ou des sérologies pourraient en outre s'avérer pertinent pour identifier l'impact direct des variables syndémiques sur l'acquisition d'ISTs. Des études longitudinales seraient particulièrement précieuses

pour étudier la syndémogenèse et acquérir plus de certitudes sur les mécanismes causaux à l'œuvre.

Le quantitatif n'est toutefois pas la seule méthode ni nécessairement la plus appropriée pour faire avancer nos connaissances dans ce domaine. Des études qualitatives ciblant les voies de syndémogenèse et cherchant à préciser les mécanismes d'interaction seraient particulièrement précieuses. L'absence d'un volet qualitatif à nos données représente ainsi son ultime limitation. La réalisation d'entretiens avec des participants issus du questionnaire en ligne faisait partie du protocole initial mais n'a pas pu être menée à bien dans les délais de la thèse. Ainsi, les répondants ayant dépassé un seuil prédéfini pour au moins deux conditions se voyaient proposer un lien menant vers un second questionnaire où ils pouvaient indiquer leur adresse email en vue d'être recontactés pour la conduite d'entretiens ultérieurs. Signalons que 94 personnes ont ainsi laissé leur adresse mail, soit 39% de l'échantillon total et 66% des participants éligibles, montrant un intérêt fort de la part du public. Ces entretiens seront réalisés dans un second temps, après la défense du présent travail.

PARTIE III

SYNTHÈSE CRITIQUE ET PERSPECTIVES

DISCUSSION INTÉGRATIVE

Contenu du chapitre :

- 6.1 Synthèse des parties empiriques
 - 6.2 Ignorance et injustice
 - 6.3 Les difficultés de quantification
 - 6.4 La complexité de la suicidalité
 - 6.5 Perspectives de soin
-

6.1 Synthèse des parties empiriques

Cette thèse se compose de trois volets empiriques successifs. Le Chapitre 3 visait à étudier de manière critique la manière dont la recherche sur les syndémies était menée dans la population des HMS. Cette première étude a permis de mettre en évidence les multiples lacunes qui grevaient la recherche et de formuler des recommandations pour faire avancer le champs dans une direction plus fructueuse. Nous avons alors critiqué l'omniprésence du VIH, présent comme *outcome* dans 97% des recherches, le manque de considération quant au contexte local, la dispersion méthodologique du champ, tant dans le nombre important de variables considérées que dans la manière de les mesurer, le manque d'étude mettant en avant une synergie ou étudiant l'interaction de manière pertinente, la subsumption de la bisexualité, ainsi que l'effacement des hommes trans.

Ces différentes remarques nous ont poussé à conduire une enquête Delphi, dans le Chapitre 4, afin d'entamer une réflexion collective sur les variables les plus pertinentes à mesurer dans le contexte belge francophone, en prenant comme point de départ l'expérience vécue et l'expérience de terrains des HMS impliqués dans le monde associatif. À l'issue de cette enquête, six variables ont été retenues pour l'enquête quantitative : la solitude, l'isolement social, l'estime de soi, la dépression, la suicidalité et les comportements sexuels à risque.

Utilisant une approche en réseau, l'enquête quantitative du Chapitre 5 a permis de mettre en évidence une syndémie pour toutes ces variables, hormis les comportements sexuels à risque, caractérisée notamment par une synergie entre la suicidalité et l'estime de soi sur l'intensité des symptômes dépressifs. Les prévalences importantes retrouvées pour les différentes conditions, a fortiori lorsqu'on les compare à la population générale, ont permis de confirmer l'intuition des experts sollicités pour le Delphi et d'attirer l'attention sur le sérieux de la situation actuelle en Belgique francophone. Nous avons ainsi proposé les premières données chiffrées sur ces aspects de la santé des HMS, et tout particulièrement des HTMS pour lesquels aucune donnée n'avait été récoltée jusqu'alors.

Le Tableau 10 permet d'apprécier les points de convergence et de divergence entre les trois parties empiriques.

Conditions syndémiques	Revue	Delphi		Enquête	
	Total	Cis	Trans	Cis ¹	Trans ¹
Dépression	80	13	2	25 %	43 %
Suicidalité	16	NA	1	63 %	94 %
Comportements sexuels à risque	15	3	NA	40 %	38 %
Solitude	6	2	10	25 %	30 %
Faible soutien social	4	11	8	4 %	2 %
Faible estime de soi	4	1	NA	26 %	57 %

¹ Correspond au nombre de participants ayant un score > cutoff pour le PHQ-8, le SBQ-R, l'ULS-8, le MPSS et le Rosenberg, ainsi que ceux étant classés dans la catégorie de comportements sexuels à risque

Tableau 10. – Résumé synthétique des trois parties empiriques

La suicidalité est ainsi relativement sous-étudiée dans la littérature syndémique et a été ignorée par les panélistes cis, au contraire des répondants trans qui l'avaient hissée au premier plan. Or nos données montrent que, si elle est effectivement plus importante chez les HTMS, confirmant l'intuition des panélistes, elle reste tout-à-fait significative chez les HCMS. Il serait intéressant de chercher à étudier si son absence dans notre étude est davantage révélatrice d'une lacune dans notre processus de consensus ou d'un certain impensé parmi les HCMS. De même, la dépression, qui représente la condition syndémique la plus étudiée de la littérature, arrivait en queue de classement chez les HCMS, malgré une préva-

lence de 25% dans notre échantillon. Ici aussi, les données empiriques convergent entre la priorisation des HTMS et les prévalences retrouvées.

Le mouvement inverse s'observe pour les comportements sexuels à risque, qui ont été négligés par les HTMS du Delphi, malgré une prise de risque comparable dans l'étude. Sur ce point, nous pouvons avancer plus fermement l'hypothèse d'un impensé du risque sexuel chez les HTMS, comme nous le développerons dans la Section 6.2.

Une des forces de cette thèse réside dans son organicité, chaque volet empirique découlant des constatations posées par le précédent. Il existe ainsi un certain degré d'émergence dans l'élaboration de ce travail, lequel devient visible lorsqu'on compare son aboutissement à la manière dont il avait initialement été conçu. En effet, lors de l'inscription au doctorat, le projet de thèse se concentrait spécifiquement sur les ISTs et le VIH. La proposition méthodologique consistait alors à contacter les différents centres de dépistage de Belgique francophone en vue de faire circuler un questionnaire reprenant des variables psychosociales et de les croiser avec les résultats des dépistages afin d'étudier l'impact de ces variables sur l'acquisition d'ISTs. Nous nous inscrivions alors dans une vision classique de l'étude de syndémie chez les HMS, centrée sur la santé sexuelle, autour de laquelle gravitent les autres variables, notamment en santé mentale, dont le rôle satellite ne consiste qu'à expliquer les disparités d'incidence dans l'acquisition de maladies infectieuses.

L'étude systématique de la littérature permise par le Chapitre 3 nous a fait réaliser les limites de cette approche, qui correspond davantage à une vue inspirée des déterminants sociaux de la santé que d'une étude syndémique à proprement parler. Le choix d'une analyse en réseau nous sort de cette impasse, en évitant de donner une direction à la syndémie. Cette méthode nous permet ainsi de considérer simultanément les interactions entre toutes les conditions plutôt que de s'étudier la manière dont un ensemble de facteurs influence une variable d'intérêt, plaçant, *de facto*, ladite variable sur un piédestal, au risque de perdre de vue l'image globale.

Par-delà ces questions de *quoi* étudier et de *comment* l'étudier, un des enseignements majeurs de la revue de littérature a été de se pencher sur *qui* étudier. À l'instar d'une photographie, où l'espace négatif revêt une égale importance à celle du sujet dans la composition, c'est l'observation de l'absence et du vide qui a le plus influencé la suite de la recherche. Ainsi, dans un paysage composé de 115 études, c'est la figure solitaire de l'unique étude consacrée aux HTMS qui s'est le plus nettement détachée et dont l'unicité mérite d'être questionnée.

6.2 Ignorance et injustice

Il serait simpliste de considérer cette absence des HTMS comme un simple trou dans les connaissances sans chercher à comprendre d'où elle provient et ce qu'elle provoque.

L'ignorance, selon Proctor (2008), est souvent vue comme une chose en l'attente de correction ; une absence naturelle, un vide où la connaissance ne s'est pas encore propagée. Cette vision de l'ignorance comme une sorte d'état primitif qui doit être combattu ou dépassé est la représentation la plus fréquente de l'ignorance dans le monde scientifique (Proctor, 2008). Ainsi, mener une revue de littérature afin d'identifier les lacunes dans les connaissances, lacunes que le projet de recherche se proposera ainsi de combler, est une démarche classique dans le domaine académique et constituait la volonté derrière le Chapitre 3. Ce faisant, l'ignorance est ainsi constituée comme une ressource permettant de « faire tourner nos moteurs à connaissances » (Proctor, 2008, p. 5).

Toutefois, comme Proctor (2008) le souligne, l'ignorance n'est pas simplement cet état natif qu'il faut dépasser, elle peut également être délibérément manufacturée. L'industrie du tabac, sur laquelle il s'est abondamment penché, a ainsi eu l'habitude de faire appel à des chercheurs qui s'éloignent du consensus scientifique afin de créer l'apparence du doute et de l'ignorance sur les risques réels du tabagisme.

Par-delà cette ingénierie du doute visant à protéger un *statu quo* ou des intérêts financiers, l'ignorance représente, selon Alcoff « une pratique épistémique intrinsèquement substantielle » (2007, p. 39), laquelle est liée à des enjeux de pouvoir et de positionnement social. Pour développer cette épistémologie de l'ignorance, Alcoff (2007) puise dans l'épistémologie féministe, l'épistémologie sociale ainsi que dans la théorie critique et reprend les travaux de Lorraine Code, Sandra Harding et Charles Mills.

De Lorraine Code, elle reprend l'idée que tous les sujets connaissant sont situés dans le temps et dans l'espace avec des expériences spécifiques et des positions sociales qui façonnent leurs jugements épistémiques et qu'à ce titre, ils ne sont ni égaux ni interchangeables. De Sandra Harding, elle reprend la relation entre l'ignorance et certaines appartenances de groupe, les membres de groupes marginalisés ayant moins d'intérêt à maintenir une ignorance sur l'agencement de l'ordre social que ceux qui bénéficient dudit ordre social. Enfin, de Mills, elle reprend l'argument structurel, l'ignorance étant un des effets de structures sociales oppressives telles que le racisme, empêchant de comprendre les injustices et concourant ainsi à leur maintien. Il en découle qu'analyser l'ignorance demande à la fois de s'intéresser aux positionnements sociaux, à la distribution des ressources épistémiques et aux structures qui organisent l'oppression, en plus de faire preuve de réflexivité épistémologique.

Dans le cas qui nous intéresse ici, à savoir l'effacement des HTMS de la production scientifique sur les HMS, ces différentes considérations sont directement applicables. Comme nous l'avons écrit dans la Section 2.1.5, les critères diagnostiques permettant d'accéder aux soins de transition imposaient que les patients se présentent comme hétérosexuels dans leur classe de sexe de destination. À ce titre, la transition était structurellement construite comme un processus d'hétérosexualisation, qui visait à transformer des femmes lesbiennes en des hommes hétérosexuels (Rivest, 2022). Or, les discours et productions scientifiques autour des expériences trans se sont principalement développés dans ces contextes cliniques au sein desquels les personnes trans occupaient la position de patients ou de sujets de recherche (Fricker & Jenkins, 2017). Dans ce contexte, les cliniciens possédaient, en outre, un pouvoir institutionnel considérable, comportant l'autorité de contrôler l'accès à la transition médicale (Shuster, 2021).

Ashley & Domínguez (2021) notent que, plutôt que de considérer les personnes trans comme des agents autonomes qui cherchaient à obtenir des soins, les cliniciens ont soit tenté de décourager la transition soit réservé son accès aux seuls individus qu'ils percevaient comme réellement trans. Puisque la crédibilité du témoignage apporté par les personnes trans conditionnait directement leur accès aux soins de transition, ceux-ci ont dès lors dû contraindre leur récit. Cette forme de mise sous silence, que Dotson (2011) nomme «l'étouffement testimonial» (*testimonial smothering*) correspond au fait de tronquer son témoignage de telle sorte à ce qu'il ne contienne que les éléments que l'on estime entendables par l'audience. Étant donné que les médecins et psychologues attendaient des hommes trans qu'ils soient attirés exclusivement par les femmes et que sortir de ce cadre interprétatif risquait de menacer l'accès aux soins, une forme de censure du témoignage a fini par s'exercer pour accéder aux transformations corporelles désirées. Cette conformité feinte face à un médecin ou un psychologue perçu comme occupant un rôle d'évaluateur persiste dans les parcours contemporains des hommes trans en Belgique francophone, comme Fournier (2023) a pu le démontrer dans son travail de recherche.

En somme, puisque les personnes trans ne pouvaient pas participer directement à l'élaboration des connaissances les concernant, les seuls discours en vigueur provenaient des institutions médicales. Or, ces dernières ne concevaient la transition qu'à travers un certain prisme, qui imposait notamment la réalisation de l'ensemble des interventions ainsi que l'hétérosexualité des personnes trans. Ces discours étaient ensuite renforcés par le champ médiatique, lequel a souvent mis l'accent sur la chirurgie génitale, vu son caractère perçu comme spectaculaire (Fricker & Jenkins, 2017), ainsi que par le champ juridique, la loi belge imposant la chirurgie génitale et la stérilisation jusqu'en 2018 pour modifier le sexe enregistré à l'état-civil (Service Public Fédéral De Justice, 2007; 2017). Dès lors, les expériences sortant de ce cadre interprétatif, par exemple celles d'individus ne désirant pas de chirurgie ou s'identifiant comme gays, ont été rendues incompréhensibles et

pouvaient aller jusqu'à jeter le discrédit sur la transitude. Fricker (2007) nomme « injustice herméneutique » ce déficit injuste d'intelligibilité.

Les journaux intimes de Lou Sullivan (2019), rédigés entre 1961 et 1991, sont édifiants à ce propos. Militant et premier homme trans s'étant identifié publiquement comme gay, il y décrit la difficulté initiale de se reconnaître dans l'expérience trans, étant attiré par les hommes et ne souhaitant pas de chirurgie génitale, ainsi que son impossibilité d'accéder à la transition médicale dans les cliniques réputées, puisqu'il n'avait pas « l'histoire transsexuelle typique qu'ils ont envie d'entendre » (Sullivan, 2019, p. 211). Lou Sullivan mourra du SIDA en 1991. Sa photographie fut affichée dans une exposition consacrée à des personnes diagnostiquées du SIDA du *San Mateo County Hall of Justice* avec la citation suivante : « On m'a dit à la clinique de genre que je ne pouvais pas vivre en tant qu'homme gay, mais il semble que je vais mourir comme tel » (Sullivan, 2019, p. 371).

Percevoir les hommes trans comme étant nécessairement hétérosexuels a pour corollaire l'idée qu'il s'agissait nécessairement d'anciennes lesbiennes, ce qui a eu pour effet de les construire, à l'instar de ces dernières, comme une catégorie épargnée par le VIH (Rivest, 2022). Étant donné les liens entre l'émergence du concept de syndémie et le VIH et compte tenu de la focalisation sur le VIH dans la recherche syndémique sur les HMS, leur effacement peut se comprendre comme résultant de cette mécompréhension (Reisner et al., 2016). En d'autres termes, nous argüons ici que la paucité de recherche sur les HTMS mise en avant dans le Chapitre 3 est une conséquence directe de l'injustice herméneutique qui les touche.

En outre, l'inintelligibilité des hommes trans gays et bisexuels s'observe également dans le recensement des nouveaux diagnostics de VIH. En Belgique, les données sur les contacts sexuels des personnes transgenres sont disponibles depuis 2022 et sont recoupées sous le vocable « contact sexuel chez transgenre » (*sic*), à côté des catégories HSH et hétérosexuel (Deblonde et al., 2025). Cette classification entérine l'impossibilité d'être à la fois HSH et trans et organise l'invisibilité statistique de cette catégorie.

On notera par ailleurs que, jusqu'au 31 décembre 2024, toutes les personnes trans diagnostiquées au VIH étaient des femmes trans, sauf deux personnes « de genre inconnu » en 2024 (Deblonde et al., 2023; 2024; 2025). Pour avoir personnellement posé un diagnostic de VIH chez un homme trans gay à cette période dans le cadre des activités cliniques menées en dehors de cette thèse, la lecture de ces chiffres s'avère interpellante. À quelle catégorie ce diagnostic avait-il été rattaché et combien d'autres demeurent invisibles ? Le dernier rapport de l'institut belge de santé publique nous informe que, en 2024, 137 personnes trans étaient en suivi médical pour le VIH (Deblonde et al., 2025).

Toutefois, alors que les données sont ventilées par sexe, la note en bas de page 39 stipule : « [L]es résultats par sexe présentés dans ce rapport n'incluent pas les personnes transgenres ». Les personnes trans sont ainsi à la fois extraites des catégories hommes

et femmes, en plus de se constituer comme mutuellement exclusives par rapport aux catégories HSH et hétérosexuelles. Il n'existe donc aucune donnée permettant d'évaluer l'importance du VIH chez les hommes trans et aucune possibilité statistique de recueillir l'expérience des HTMS.

Cette difficulté de catégorisation et l'invisibilisation qui en découle se retrouvent également en France (Rivest, 2022). Elles continuent à produire la catégorie « hommes trans » comme une catégorie à l'abri du VIH, restreignant la prévention.

Outre les questions de dénombrement, l'injustice herméneutique a également des implications concrètes en termes d'accès au soin (Fricker & Jenkins, 2017). La PrEP représente un exemple particulièrement éclairant de cette interaction. L'essai iPrEx, premier essai multicentrique international sur la PrEP, n'incluait que des personnes de sexe masculin à la naissance (Grant et al., 2010). L'échantillon se composait ainsi de 4905 participants, dont 29 femmes trans, les hommes trans étant *de facto* absents. Comme Pignedoli & Rivest (2024) l'ont montré à travers des entretiens semi-structurés avec des HTMS, cet « héritage genré » de la PrEP et de la construction de la catégorie HSH constitue une barrière dans l'accès à la PrEP pour les HTMS. Ces derniers représentent ce que les auteurs nomment des « invités inattendus » au sein des services de prévention du VIH, ce qui influence péjorativement leur capacité à se percevoir comme éligibles au traitement. En outre, ce statut d'invités inattendus avait pour conséquence que les soignants portaient du présupposé qu'ils avaient des hommes cis en face d'eux, ce qui pouvait mener à des conseils erronés, les schémas posologiques différant entre les hommes cis et les hommes trans (Van Praet et al., 2024).

Extraire les hommes trans des considérations en lien avec le VIH rentre en contradiction avec les données empiriques. En effet, près de la moitié des hommes trans belges déclarent être attirés sexuellement par des hommes (Arijs et al., 2025) et les résultats du Chapitre 5 ne plaident pas en faveur d'un profil de pratiques qui justifierait cette assignation à une catégorie hors du risque. Ainsi, 38% des hommes trans appartenaient à la catégorie « risque élevé ». 9% des participants trans avaient pratiqué le *chemsex* dans l'année écoulée et 9% s'étaient engagés dans le travail du sexe. Enfin, 23% des hommes trans de l'échantillon avaient eu au moins un rapport pénétratif non protégé dans les 12 derniers mois, une proportion supérieure aux 14% de répondants cis dans la même période. Pris ensemble, ces différents éléments nous obligent à questionner l'impensé statistique que représentent les HTMS et plaident, au contraire, pour une évolution des stratégies de recensement épidémiologique et de prévention.

En effet, il s'agit d'une composition différente du risque, plutôt que de son absence. De fait, si le sexe anal était plus rare que le vaginal, son taux de protection était identique, à niveau égal de pratique. La moindre protection du sexe vaginal est intéressante et pourrait découler d'une perception de ces pratiques comme moins risquées, ce qui n'est pas erroné,

d'un point de vue de transmission par acte (Libois et al., 2018). Toutefois, la multiplicité des opportunités de risque place les HTMS dans une position unique qui mérite d'être prise en compte.

Les HTMS de notre échantillon tendaient, par ailleurs, à avoir moins de partenaires que les HCMS. Sachant qu'ils utilisaient des applications de rencontre dédiées dans une même proportion que les HCMS (51% contre 58%; $\chi^2 = 0.541$; $p = 0.462$), il est possible que cette tendance moindre au multipartenariat découle d'obstacles dans la rencontre de partenaires occasionnels. Ces difficultés pourraient notamment découler d'attentes cissexistes de la part des HCMS et de la crainte de subir de la transphobie dans des contextes de relations sexuelles plus anonymes, entraînant une plus grande prudence dans le choix des partenaires d'un soir. Nous avançons ici l'hypothèse que la prévalence plus faible du VIH chez les HTMS pourrait découler, en partie, d'une participation moindre aux réseaux sexuels HCMS, plutôt que de pratiques moins risquées. Or, les évolutions dans les représentations et la visibilité croissante des HTMS pourraient contrebalancer cette sous-participation éventuelle, avec une évolution possible dans les prévalences.

Appréhender ce phénomène demanderait, *a minima*, que l'on cherche à le mesurer. Dans l'intervalle, les injustices épistémiques subies par les personnes trans continuent à limiter nos connaissances. Elles entraînent aussi une sous-représentation des personnes trans dans le monde académique, laquelle restreint le développement de meilleures pratiques de recherche et confine les personnes trans au rôle de sujets de recherche plutôt que de sujets connaissant (Baril, 2017; Espineira, 2023).

Medina (2017) évoque une responsabilité herméneutique à dépasser les limites du cadre interprétatif dont notre société a hérité, afin de chercher à comprendre certains types d'expériences et de subjectivités reléguées au rang de l'impensé. Rejoignant son point de vue, nous plaidons ainsi pour davantage de responsabilité herméneutique vis-à-vis de l'expérience des personnes trans, tant dans la recherche que pour les projets de santé publique. Il nous semble en effet opportun de faire évoluer nos pratiques, avant que les HTMS ne deviennent les « invités inattendus » de futurs bulletins épidémiologiques sur le VIH.

6.3 Les difficultés de quantification

L'objectif de se focaliser sur les HMS dans le cadre de cette thèse découlait, comme nous l'avons écrit plus haut, d'une volonté d'avoir une population relativement homogène afin de faciliter les analyses statistiques. En effet, une des difficultés habituellement rencontrées dans les études prenant l'ensemble des MSG en compte réside dans l'aggrégation des données pour des questions de puissance statistique. On se retrouve ainsi soit à obtenir des chiffres globaux, mélangeant le plus souvent, lesbiennes, gays et bis, qui trahissent les nuances entre les populations, soit à subsumer une catégorie sous une autre, typiquement la bisexualité sous l'homosexualité ou les expériences non-binaires sous les expériences trans.

Une fois arrivés à la fin de l'analyse quantitative, nous sommes obligés de reconnaître une certaine naïveté à ce postulat initial. Le recrutement était clairement adressé aux hommes, tant dans les affiches que les visuels et le texte partagé sur les réseaux sociaux. Malgré cela, 37 personnes non-binaires ont participé à l'enquête, dont 20 assignées hommes à la naissance et présentant donc un certain degré de désidentification par rapport à cette catégorie. Leur participation inattendue a dès lors complexifié l'analyse statistique, laissant 3 possibilités insatisfaisantes : (1) les exclure des données ; (2) regrouper les non-binaires au sein d'une seule catégorie ; (3) analyser les non-binaires séparément selon l'assignation de naissance. La première possibilité soulevait des difficultés éthiques dans la mesure où leur réponse au questionnaire signifiait un degré d'identification à la catégorie homme suffisant, identification qui serait alors invalidée par le chercheur. Toutefois, regrouper tous les non-binaires au sein d'une même catégorie faisait disparaître les nuances découlant de l'assignation de naissance. En effet, tant pour l'orientation sexuelle que pour les revenus ou l'accès à l'emploi, des différences importantes existaient entre les deux catégories. Les personnes non-binaires assignées hommes avaient davantage de revenus, plus fréquemment un emploi et se définissaient majoritairement comme gays alors que l'identification bisexuelle prédominait chez les personnes non-binaires assignées femmes à la naissance. Enfin, la dernière option posait des questions de puissance statistique, les catégories ainsi créées étant trop réduites pour une analyse statistique fiable.

Le compromis opéré a donc été de présenter les données les plus complètes et désagrégées possibles pour l'analyse descriptive des données afin de conserver un maximum d'informations, vu leur extrême pauvreté dans le contexte belge. Concernant l'analyse statistique, nous avons choisi d'exclure les personnes non-binaires assignées hommes et de fusionner les non-binaires assignées femmes avec les hommes trans. La proximité suffisante entre ces deux catégories dans l'analyse descriptive avait motivé ce choix, de même qu'une volonté d'augmenter la puissance statistique. Nous avons conscience des limites de cette opérationnalisation, dans la mesure où nous perdons les nuances entre les groupes ainsi

fusionnés et analysons d'un même geste des réalités différentes. Il existe, par ailleurs, une pluralité de positionnements des non-binaires par rapport à la catégorie trans, certains s'y identifiant, n'étant pas cis, et d'autres préférant s'en distancer ou exprimant une ambivalence à son égard (Darwin, 2020).

De plus, la volonté de désagréger les données par rapport aux variations de la modalité de genre a eu pour conséquence une occultation de la bisexualité. En effet, l'identification bisexuelle de même que les comportements bisexuels dépendaient fortement de la modalité de genre. De fait, 11% des hommes cis s'identifiaient comme bisexuels, contre 57% des hommes trans, 35% des personnes non-binaires assignées hommes et 82% des personnes non-binaires assignées femmes. Analyser conjointement la bisexualité et la modalité de genre était impossible, au vu des échantillons extrêmement restreints qu'il y aurait eu dans chaque catégorie et une comparaison directe des personnes monosexuelles et bisexuelles aurait fait de la modalité de genre un facteur confondant trop important.

Dès lors, même avec une population qui se voulait homogène, la pluralité de sous-catégories potentielles a déjà représenté une difficulté majeure. Si d'autres variables ayant trait, par exemple, à l'ethnicité, au parcours migratoire, ou à la présence d'un handicap avaient été intégrées, cette complexité aurait cru exponentiellement au fil de la multiplication des catégories d'analyse.

Si ces tensions sont sans doute irréductibles dans l'étude quantitative de populations minoritaires, et nécessiteraient soit des échantillons plus vastes, soit des études plus ciblées, la mesure de la non-binarité, et du genre, de manière générale, aurait pu être améliorée. Opter pour une approche en deux étapes comportant à la fois le sexe assigné à la naissance et l'identification correspond aux standard méthodologiques en vigueur (GenIUSS Group, 2014). Toutefois, plusieurs propositions méthodologiques permettent de nuancer davantage les données, ce qui est crucial dans l'étude de la non-binarité, vu la pluralité de réalités couvertes par ce parapluie.

Trachman (2023) propose par exemple des échelles de variations du genre permettant de répondre à la manière dont la personne se perçoit ou est perçue sur une échelle de féminité et de masculinité. Ce faisant, il avait constaté une distanciation importante de la féminité chez les lesbiennes et une désidentification moins forte à la masculinité chez les gays, « pas très masculin » ayant une connotation plus péjorative chez ces derniers que « pas très féminine » pouvait l'avoir chez les lesbiennes. En outre, l'investissement de la masculinité était entremêlée aux questions d'appartenance de classe, les hommes issus des classes plus aisées ayant davantage tendance à se distancier partiellement de la masculinité par volonté de distinction.

Dans une enquête sur un échantillon représentatif de plus de 10 000 jeunes français âgés de 18 à 29 ans, Trachman (2025) avait croisé ces variations du genre avec le sexe assigné à la naissance et distingué ainsi six modulations du genre. Ces modulations comportaient

le «genre neutre» lorsqu'aucune polarisation n'avait lieu, un «genre fluide», quand les individus se disaient à la fois masculins et féminins, une féminité/masculinité souple, lorsqu'il existait une fluidité mais qu'un pôle prenait le dessus ou encore une féminité/masculinité accentuée voire exclusive selon le degré de domination d'un des pôles. Enfin, on retrouvait des féminités masculines, chez les hommes se disant très féminins, de même que des masculinités féminines dans le cas contraire. Appliquant cette catégorisation aux personnes non-binaires, l'auteur a mis en évidence une importante modulation du genre, avec 18% qui présentaient un genre neutre, 44% un genre fluide, 22% une polarisation féminine et 16% une polarisation masculine. En outre, les personnes non-binaires provenaient moins fréquemment des classes populaires, 11% en étant issues contre 28% chez les cis.

Même si les différences démographiques n'atteignaient pas la significativité statistique sur ce point dans nos données, possiblement en raison d'un échantillon relativement homogène sur le plan du niveau de diplomation ainsi que pour des questions de taille d'échantillon, une tendance similaire était à l'œuvre. De fait, les personnes non-binaires tendaient à provenir de famille plus aisée, avec un HISEI médian de 58 et 57 chez les hommes cis et trans, respectivement, contre 70 et 67 pour les personnes non-binaires assignées femmes et hommes ($H(1) = 3.06, p = 0.08$).

Beaubatie (2023), de son côté, propose d'épaissir la question du genre en y incluant d'autres variables telles que les changements administratifs et corporels réalisés ainsi que la fréquentation des espaces communautaires. L'application de cette méthodologie lui avait permis d'aboutir à la création d'un espace social du genre, d'inspiration bourdieusienne, montrant la multidimensionnalité du genre et la pluralité des rapports aux institutions et aux normes (Beaubatie, 2019). Sachant que les personnes non-binaires tendent moins souvent à chercher des soins médicaux en lien avec la transition que les hommes et femmes trans (Arijs et al., 2025; Trachman, 2025), incorporer des questions en lien avec l'obtention de ces soins permettrait de préciser davantage cette catégorie.

Dans l'ensemble, nos données tendent à montrer des réalités différentes, tant au sein de la population non-binaire qu'entre les personnes non-binaires et les hommes trans. Plus spécifiquement, la situation des NB AFAB révèle un paradoxe notable : malgré un HISEI marginalement plus élevé, il s'agit de la population présentant la plus haute charge en conditions syndémiques. Il apparaît donc comme important de s'intéresser aux trajectoires empruntées par ce groupe qui, semblant partir d'un niveau initial plus favorisé se retrouve *in fine* dans la position la plus précaire.

Nous encourageons donc une désagrégation et une complexification de ces catégories. Étudier conjointement la santé des personnes trans et non-binaires, hors certains contextes spécifiques éventuels, n'apparaît pas comme porteuse, pas plus que d'étudier la santé des personnes non-binaires comme s'il s'agissait d'un bloc monolithique. L'auto-identification

de genre et le sexe assigné sont des données précieuses mais s'avèrent insuffisantes pour saisir la complexité et la pluralité des vécus. Ainsi, il paraît indispensable d'affiner l'analyse en y ajoutant des notions de modulations du genre, en prenant en compte les démarches administratives et médicales éventuellement engagées, et en croisant ces différents éléments aux questions de sexualité et de classe sociale dont ils semblent indissociables. La présence de telles données dans notre analyse aurait pu permettre des recoupements plus pertinents au sein de catégories plus précises.

6.4 La complexité de la suicidalité

La suicidalité est un phénomène complexe, comme en témoigne la pluralité des théories visant à l'expliquer. Une étude approfondie de ces différents modèles, comprenant à la fois leur historicisation et une analyse fine de leurs forces et de leurs limites dépasse toutefois le cadre de cette discussion. Nous viserons ici à présenter brièvement les débats contemporains qui animent la suicidologie tout en évoquant certains angles morts des approches dominantes en vue d'esquisser une réflexion sur la suicidalité des HMS.

Une des tensions principales se situe entre la suicidologie classique, apparue dans les années 1960 et promouvant une approche individualiste du suicide, et la suicidologie critique, développée en réaction à la suicidologie dominante dans les années 2010 (Drongiti & Brossard, 2024). Alors que la suicidologie dominante, plutôt portée par les psychologues et psychiatres, tend à s'inscrire dans une posture positiviste forte, la suicidologie critique adopte une diversité de méthodologies, de perspectives et se tourne plus volontiers vers des études qualitatives pour proposer une vision plus contextualisée et historicisée de la suicidalité (Baril, 2023a). Elle se montre en outre critique du psychocentrisme des approches dominantes, en arguant que conceptualiser le suicide comme une maladie de l'esprit déconnecte la suicidalité des signifiants plus larges qui l'entourent (Marsh, 2020).

Plus précisément, Baril (2023a) établit une typologie des approches de la suicidalité comprenant 4 grands modèles, dont les frontières demeurent néanmoins poreuses : (1) le modèle médical ; (2) le modèle social ; (3) le modèle biopsychosocial et (4) le modèle de justice sociale. Le modèle médical, qui comprend les approches psychiatriques et psychologiques, conceptualise le suicide comme un problème individuel trouvant racine dans des perturbations de l'esprit. Le modèle social, s'inscrivant à la suite de Durkheim, y voit plutôt une pathologie de la société, découlant de facteurs tels que les crises économiques ou les relations familiales. Le modèle biopsychosocial, ancré dans l'épidémiologie, tend à faire le pont entre les approches individualistes du modèle strictement biomédical et l'approche sociale afin de promouvoir la santé des populations. Enfin le modèle de justice sociale conçoit le suicide comme découlant des facteurs systémiques oppressifs et promeut des changements sociaux, culturels, politiques, économiques et légaux pour endiguer le phénomène.

Le modèle médical du suicide se compose d'un grand nombre de cadres théoriques s'étant intéressés tout à la fois à des facteurs biologiques, évolutionnaires, psychologiques et environnementaux (Rajkumar, 2025). Les théories psychologiques contemporaines principales sont la Théorie des Trois Étapes (3ST), le Modèle Intégré Motivationnel-Volitionnel (IMV) et la Théorie Interpersonnelle du Suicide (IPTS) (Rajkumar, 2025).

Brièvement, la 3ST, développée par Klonsky & May (2015) s'intéresse à l'origine et au développement des idées suicidaires ainsi qu'à la transition idéation → tentatives. Comme son nom l'indique, elle postule l'existence de 3 étapes : (1) le développement d'idées suicidaire à cause de la souffrance psychique et du désespoir ; (2) l'intensification des idées suicidaires par manque de connexion sociale ; (3) une augmentation de la capacité au suicide accroissant la probabilité de suicide. Cette dernière découlerait de facteurs comme l'impulsivité ou la désensibilisation découlant de l'exposition à la souffrance ou au traumatisme ainsi qu'à des aspects pratiques tels que les connaissances et l'accès aux moyens létaux.

L'IMV, développée par O'Connor (2011) est un modèle complexe comprenant des facteurs génétiques, développementaux environnementaux et de l'histoire de vie qui concourraient à la formation de facteurs prédisposant au suicide dans une première phase dite pré-motivationnelle. La phase motivationnelle serait alors enclenchée par des expériences de défaites et d'humiliation qui mèneraient à un sentiment de piège (*entrapement*) à travers des processus intrapsychiques (p.ex. la rumination). Cette perception d'être pris au piège mènerait à la motivation de mettre fin à ses jours, sous l'influence de facteurs internes (p. ex. la résilience) et externes (p. ex. le soutien social et les normes culturelles). Enfin, la phase volitionnelle impliquerait le mouvement de l'idéation à l'action suicidaire, influencé également par des facteurs internes (p. ex. sensibilité à la souffrance, peur de la mort) et externes (p. ex. accès aux moyens de se suicider).

Enfin, l'IPTS, développé par Joiner & Van Orden (2008) représente la théorie dominante à l'heure actuelle, à en juger du moins par le nombre d'études la mobilisant (Chu et al., 2017). Elle prétend pouvoir expliquer la totalité des suicides par la combinaison de deux conditions : la volonté de mourir et la capacité à se tuer. La volonté de mourir découlerait dès lors de deux facteurs : (1) l'appartenance contrariée (*thwarted belongingness*), qui proviendrait de la solitude et du manque de soutien social, et (2) la perception d'être un fardeau (*perceived burdensomeness*). La capacité au suicide, toujours acquise, dans ce modèle, se composerait également de deux facteurs : une peur plus faible de la mort et une tolérance accrue à la douleur. Ses différents construits, envisagés individuellement, bénéficient d'un certain support empirique, mais la théorie prise dans son ensemble, beaucoup moins (Chu et al., 2017).

En tant que modèle dominant, il s'agit également de celui qui a essuyé le plus de critiques. Les plus vives d'entre elles ont été formulées par Hjelmeland & Knizek (2020). Elles lui reprochent principalement son réductionnisme, prétendant expliquer un phénomène aussi complexe avec seulement trois facteurs, sa prétention universaliste, postulant pouvoir expliquer les suicides dans tous les contextes culturels, et sa focalisation sur l'intrapsychique. En effet, dans l'IPTS, la volonté suicidaire émergerait de perceptions distordues de déconnexion sociale et de poids aux autres. Ce postulat occulte deux réalités. Premièrement, l'isolement social et la solitude peuvent être bien réels et ne pas se limiter à une souffrance interne. Deuxièmement, la sensation d'être un fardeau n'est pas nécessaire-

ment une perception émanant de l'individu mais peut être instillée par autrui. Par exemple, le père d'une participante d'une étude qualitative sur la suicidalité des jeunes MSG l'avait accusée de détruire la famille lors de son *coming out* faisant naître l'impression d'être un fardeau dans le chef de cette dernière (Marzetti et al., 2022). Comprendre cette sensation d'être un fardeau uniquement sous l'angle de la distorsion des perceptions intrapsychiques occulte ainsi le contexte familial qui a mené à cette impression. Plutôt que de postuler des facteurs intrapsychiques universels, la suicidalité gagnerait dès lors à être comprise comme découlant des interactions entre les individus, leurs contextes de vie et les relations interpersonnelles (Marzetti et al., 2022).

De manière notable, la question de la suicidalité des MSG représente une exception à la suicidologie classique. Elle se repose en effet sur des facteurs structurels tels que le cissexisme et l'hétérosexisme ou des stressors sociaux tels que le stress minoritaire dans sa compréhension du phénomène (Baril, 2023b). Selon Cover (2015), cette perspective proviendrait de l'évitement des discours associant maladie mentale et non-hétérosexualité suite au processus de dépsychiatisation de l'homosexualité décrit dans la Section 2.1.3. Baril (2023b) abonde en ce sens, soulignant que les discours autour de la suicidalité des MSG opèrent une dissociation nette avec la maladie mentale. Ils contribuent ainsi à constituer la maladie mentale comme une chose terrible dont il faudrait se distancier à tout prix, reproduisant dès lors une logique saniste qui relègue aux marges les personnes ayant un trouble mental.

Bien qu'une telle perspective permette de sortir la suicidalité d'une vision purement individuelle, elle se heurte à plusieurs limites. Premièrement, elle tend à suggérer que toute personne suicidaire appartenant à une minorité sexuelle et/ou de genre serait suicidaire en raison de ce statut minoritaire. Ce faisant, elle néglige les autres facettes de l'individu qui pourraient avoir une influence sur sa suicidalité, négligeant l'inscription potentielle dans plusieurs statuts minoritaires. Il existe ainsi peu de littérature qui adopte une lecture intersectionnelle de la suicidalité des MSG (Marzetti et al., 2024). De plus, le risque d'une telle approche est de remplacer un réductionnisme par un autre en faisant des structures sociales délétères l'unique élément causal de la suicidalité des MSG (Baril, 2023b). Or, les MSG décrivent des raisons complexes et protéiformes à leur suicidalité et tendent à rejeter les interprétations monocausales (Bryan & Mayock, 2017). Une étude de la portée de 2024 confirme cette complexité. Dans ce travail, Wallace et al. (2024) avaient identifiés 59 facteurs de risque distincts de la suicidalité chez les jeunes MSG, présents aux niveaux intrapersonnel, interpersonnel, institutionnel et structurel. Par ailleurs, la majorité des MSG ne sont ni suicidaires ni mortes de suicide. Expliquer la suicidalité uniquement en termes de structures sociales ne permet dès lors pas d'éclairer cette variabilité individuelle (Baril, 2023b; Bryan & Mayock, 2017).

Outre cette complexité, aborder la question de la suicidalité des MSG est un exercice délicat. Il existe en effet une tension entre la volonté d'attirer l'attention sur la prévalence élevée des

tentatives de suicide dans cette population et les risques posés par une telle mise en lumière, a fortiori lorsqu'elle est simplifiée et décontextualisée. Dans nos propres données, nous retrouvons une prévalence de 15% de tentatives de suicide chez les HCMS contre 47% chez les HTMS. Ces chiffres sont interpellants dans l'absolu, et le sont encore davantage quand on les compare à la prévalence à vie de 3.5% pour les hommes belges de plus de 15 ans (Gisle et al., 2025).

Nous pourrions être tentés de résumer ces données en écrivant que les HCMS et les HTMS ont respectivement 4 et 13 fois plus de risque de commettre une tentative de suicide que les hommes hétérosexuels cisgenres. C'était d'ailleurs ce qu'on pouvait lire sur l'affiche d'une campagne de prévention de 2015 qui indiquait : « Pour se jeter du 6ème étage il ne faut vraiment pas être un PD » en typographie large avant d'ajouter : « En fait si. Et c'est ce genre d'insultes qui pousse les gays, lesbiennes, bi et trans à se suicider 4 fois plus que la moyenne » (Le Breton, 2015).

Ce type d'associations décontextualisées entre risque suicidaire et MSG doit être évité. Non par souci de se distancier des personnes suicidaires ou des personnes présentant des problèmes de santé mentale, mais parce qu'elles contribuent à constituer les MSG en une population intrinsèquement et uniformément à risque. Comme Cover (2015) le note, la circulation répétée de statistiques sur les taux de tentatives de suicide des MSG peut mener à un « script suicidaire » donnant l'impression que toutes les MSG sont vulnérables et que, parmi cette population vulnérable, un pourcentage tentera de se suicider. Bryan & Mayock (2017) soulignent en outre le risque d'un fatalisme, la suicidalité devenant un aspect inévitable des trajectoires de vie des MSG. Enfin, la focalisation sur la souffrance, l'isolement et le stress minoritaire laisse peu de place pour envisager d'autres facettes telles que la résilience ou la solidarité (Baril, 2023b). Il existe donc un équilibre délicat consistant à mettre en exergue les disparités de santé sans reproduire une forme d'essentialisation, fût-elle sociale plutôt que biologique. Pour le dire autrement, il est nécessaire de pouvoir discuter de la suicidalité ou de la détresse des MSG sans en faire une expérience consubstantielle au fait d'être gay, bi et/ou trans.

Enfin, il est également nécessaire de discuter de la manière dont les personnes suicidaires sont traitées dans la société. Baril (2017) est le premier auteur à avoir conceptualisé le suicidisme comme une forme d'injustice et de violence touchant les personnes suicidaires. Celle-ci peut se manifester notamment par l'exclusion des assurances, l'hospitalisation et la médication sous contrainte, ainsi que par la mise sous silence des personnes suicidaires. Il critique ainsi l'« injonction à la vie et à la futurité » (Baril, 2018, p. 191) présente dans la totalité des approches du suicide. Le suicide n'est ainsi jamais vu comme une option légitime et les personnes suicidaires ne sont écoutées que lorsqu'elles cherchent activement à éviter de se suicider. Par conséquent, les personnes suicidaires tendent à cacher leurs plans à leur entourage, de crainte qu'ils soient démantelés ou qu'elles soient hospitalisées contre leur gré, les menant à souffrir et à mourir dans le secret (Baril, 2023a).

L'auteur appelle ainsi à la création d'espaces au sein desquels les personnes suicidaires pourraient s'exprimer librement sur leur suicidalité sans risquer ni jugement ni coercition, ainsi qu'à l'inclusion des perspectives des personnes suicidaires dans la recherche et la prévention du suicide (Baril, 2023a). Il promeut en outre une approche de réduction des méfaits, s'appuyant sur l'impossibilité d'empêcher une personne déterminée à mettre fin à ses jours de le faire (Baril, 2023c). Selon cette perspective, les personnes suicidaires devraient pouvoir accéder au suicide médicalement assisté, sur base du consentement éclairé, après un délai suffisant d'accompagnement leur permettant une réflexion critique sur cette décision. Ce délai de réflexion vise ainsi à éviter d'offrir le suicide assisté à une personne dans un état de crise temporaire ou sous une influence externe. Malgré les réactions vives qu'une telle proposition peut générer, elle s'ancre dans une vision humaniste promouvant un accompagnement sans jugement jusqu'au bout. Elle vise ainsi tant à améliorer les conditions de vie des personnes suicidaires qu'à éviter la violence et la solitude d'une mort par suicide.

Même s'il existe des nuances entre la législation belge et la proposition de Baril (2023c), le contexte belge demeure pertinent pour l'évaluer. Dans une étude rétrospective sur 100 demandes d'euthanasie pour souffrance psychique, Thienpont et al. (2015) montrent en effet des éléments intéressants. Premièrement, sur les 48 demandes acceptées, 11 personnes ont décidé de post-poser ou d'annuler la procédure, dont huit qui ont expliqué que la procédure en elle-même leur avait offert une paix d'esprit suffisante que pour continuer à vivre. Deux personnes se sont néanmoins suicidées, malgré l'acceptation de l'euthanasie, l'une à cause de délais jugés comme trop longs et l'autre à cause de pressions familiales visant à empêcher l'euthanasie. Dans les 52 demandes non acceptées, il faut signaler que 38 personnes avaient retiré leur requête avant qu'une décision ne soit prise. En outre, deux sont mortes dans l'entrefait et quatre se sont suicidées.

Ces données suggèrent un intérêt à l'approche de réduction des méfaits et permettent de nuancer certaines critiques que l'on pourrait être tenté de lui adresser. D'une part, reconnaître la légitimité du désir de mourir, dans le cas de l'acceptation de la procédure d'euthanasie, peut produire un regain de la volonté de vivre chez au moins une partie des individus. De plus, l'injonction à vivre, manifestée ici par les pressions familiales, peut causer davantage de dégâts, un des participants s'étant suicidé malgré l'acceptation de l'euthanasie, en raison des résistances familiales à cette dernière. Par ailleurs, les arguments de la pente glissante ou de la contagion du suicide ne semblent pas trouver de support empirique, les taux d'euthanasie pour souffrance psychique étant restés stables depuis l'instauration de la loi (Wels & Hamarat, 2025) et les taux de suicide n'ayant pas augmenté en Belgique depuis la légalisation de l'euthanasie (Nanner, 2021).

Pour synthétiser ce point, nous considérons que la suicidalité est un phénomène complexe ne pouvant souffrir d'un réductionnisme quelconque mais qui bénéficie d'une approche complexe dans la continuité de ce qui avait été présenté dans le Chapitre 2. La suicidalité des HMS, et des MSG de manière générale ne peut dès lors être strictement résumée à

une seule facette de leur réalité. En outre, la communication autour des disparités de santé identifiées, qu'il s'agisse des prévalences de dépression ou d'idéation suicidaire, doit se faire avec prudence afin de ne pas associer abusivement et de manière simpliste l'expérience gay, bi et/ou trans à la souffrance, au désespoir et au suicide, au risque que cette association répétée conduise à une forme de fatalisme ou d'apathie. Enfin, si nous n'encourageons évidemment personne à se suicider, nous ne partons pas du principe que les idées et comportements suicidaires soient intrinsèquement irrationnels et que l'aboutissement ultime de la prévention ou de la thérapie soit d'éviter le suicide. Reconnaisant la nature syndémique de la suicidalité des HMS, comme démontré dans ce travail, nous considérons plutôt que la suicidalité doit être appréhendée concomitamment avec les autres formes de souffrance avec lesquelles elle interagit. Dans ce cadre, l'objectif est dès lors d'améliorer l'existence des individus de telle sorte à ce que leur vie redevienne habitable et non de les enjoindre à rester en vie coûte que coûte.

6.5 Perspectives de soin

Améliorer ainsi l'existence des individus est un défi. Reconnaître à la fois la complexité de la syndémie et de ses composants individuels tels que la suicidalité mène à envisager des solutions qui sont également complexes.

Dans le Chapitre 2, nous avons puisé dans la science de la complexité pour repenser la syndémie comme un état attracteur émergeant des interactions entre les maladies et les conditions sociales défavorables qui ont permis leur aggrégation.

La conséquence clinique de cette reconceptualisation est que la déstabilisation de l'état attracteur nécessite d'agir à plusieurs niveaux à la fois. Dans le cas de la syndémie décrite dans nos données, une approche psychothérapeutique individuelle ciblant l'estime de soi, la dépression et la suicidalité serait donc insuffisante. En effet, puisque les processus psychologiques menant à ces conditions sont affectés par des stressors chroniques, cibler uniquement les processus psychiques risque de n'apporter qu'une amélioration de courte durée avant que l'accumulation de stressors n'entraîne un nouveau basculement pathologique (Crielaard et al., 2021). Dans le même temps, puisque les états attracteurs représentent un état de stabilité qui perdure même après la suppression des éléments déclencheurs, s'attaquer uniquement aux conditions sociales ne suffirait pas nécessairement à déstabiliser des schémas de pensées et des processus maladaptatifs bien établis (Hayes & Andrews, 2020).

Il est donc nécessaire d'envisager des solutions qui prennent en compte simultanément les processus intra-individuels et les stressors qui influencent ces processus ; de traiter à la fois les conditions et le milieu qui les a fait naître, s'aggraver et se renforcer. De fait, l'apport des systèmes complexes permet de nuancer la distinction opérée par Tsai et al. (2017) sur le niveau d'intervention à implémenter selon le type d'interaction envisagé. En effet, même si une synergie est présente entre plusieurs conditions, la stabilité de l'attracteur est renforcée par l'activation du système, y compris par les stressors externes. N'agir qu'au niveau de la synergie tout en laissant le contexte intact ne peut donc mener qu'à une réactivation du réseau sous l'effet des stressors externes et la recreation d'une synergie. Dans le cas de la syndémie identifiée dans nos données, cibler uniquement la dépression, la suicidalité et l'estime de soi mènerait sans doute à la désactivation du réseau. Mais laisser intacts la solitude et les stressors externes au réseau tels que les facteurs structurels et institutionnels risque de mener à sa reconstitution.

Nous rejoignons donc Singer et al. lorsqu'ils déclarent que :

[L]es syndémies ne peuvent être pleinement prises en charge par ces approches en aval que constituent les dépistages ou les interventions de santé publique ciblant le changement comportemental individuel ou la modification du micro-environnement des participants. Les syndémies nécessitent des réponses multiniveaux, multidimensionnelles et multisectorielles ainsi qu'une évaluation de la dynamique sociopolitique de santé favorisant l'agrégation et l'interaction des maladies.

— (Singer et al., 2020, p. 10)

Le développement d'interventions contre-syndémiques est encore balbutiant à l'heure actuelle. Une étude de la portée de 2024 a cherché à identifier les interventions en santé ayant une inspiration syndémique explicite (Outram et al., 2024). Sur les 11 interventions identifiées, toutes avaient pour objectif de réduire le risque d'acquisition du VIH ou de maintenir une charge virale indétectable. La majorité de ces études (7 sur 11) consistaient en des interventions comportementales sous forme de *counseling* ou d'entretien motivationnel visant à la réduction du risque sexuel, tout en référant les participants vers des services appropriés pour prendre en charge les difficultés de santé mentale, d'usage de substance, de violence interpersonnelle ou l'impact de la stigmatisation. Malgré leur intérêt dans la prise en compte de plusieurs conditions simultanément, elles ne répondent donc pas aux critères énoncés plus haut. Outram et al. (2025) soulèvent la difficulté inhérente à la mise au point d'interventions réellement contre-syndémiques. Se basant sur des entretiens menés avec des universitaires, des ONG et des membres du gouvernement, ils ont identifié certaines des barrières actuellement en place. Une des barrières principales réside dans la division en silos disciplinaires et en services distincts, lesquels peuvent rentrer en compétition sur le plan du financement.

Nous considérons que répondre aux défis posés par les syndémies est une entreprise transdisciplinaire. Par transdisciplinarité, nous entendons ici le fait de chercher à transcender ses frontières disciplinaires plutôt que de réaliser une synthèse cohérente des différentes disciplines (Choi & Pak, 2006). Nous rejoignons également les vues de Jahn et al. (2012), lorsqu'ils avancent que la transdisciplinarité est une méthode de recherche critique et réflexive mettant en lien le sociétal avec des questions scientifiques. Elle produit ainsi de nouvelles connaissances en intégrant différentes perspectives scientifiques et extra-scientifiques en vue de contribuer à la fois au progrès social et scientifique. Nous considérons ainsi que l'aspect participatif inhérent à la transdisciplinarité et la co-crédation de savoir avec les parties concernées sont des éléments cruciaux dans l'élaboration d'interventions efficaces, a fortiori face à des problématiques complexes. Nous argüons en outre que cet aspect est d'autant plus crucial dans le cas des HMS, vu l'historique de subjugation médicale décrit dans la Section 2.1.

Un des projets d'intervention les plus intéressants que nous avons pu identifier à l'heure actuel est l'étude CARES, encore en cours à l'heure d'écrire ces lignes (Poteat et al., 2024). Il s'agit d'un Essai Clinique Randomisé (ECR) à trois bras visant à recruter 360 adultes trans et non-binaires visant à évaluer l'efficacité de micro-subventions, seules ou accompagnées de mentoring par des pairs, pour améliorer le bien-être psychologique. Les participants du premier bras recevront 150\$ en début d'études ainsi que des vidéos d'éducation financière tous les 6 mois. Les participants du deuxième bras recevront en plus 150\$ mensuellement pendant six mois. Enfin, les participants du troisième bras recevront en plus un programme de mentoring par les pairs structuré sur six mois. De manière similaire à ce que nous écrivions plus haut, l'objectif est ici de combiner le soutien par les pairs avec une intervention sur les conditions économiques en vue d'améliorer la santé mentale des participants. Il s'agit en outre d'une étude mobilisant l'expertise d'un comité consultatif composé de personnes trans et non-binaires.

Ce projet de recherche est enthousiasmant, mais représente également une exception dans la littérature scientifique. Vu la rareté des études multiniveaux sur les HMS, nous avons donc décidé de présenter différentes pistes d'intervention niveau par niveau, qui pourraient servir de briques élémentaires pour élaborer une intervention contre-syndémique globale.

6.5.1 Interventions individuelles

Sur le plan individuel, la majorité des interventions identifiées sont des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) qui incorporent des éléments théoriques du stress minoritaire. L'hégémonie des TCC s'explique à la fois par le fait que les processus de médiation du stress minoritaires sont de nature émotionnelle et cognitive (Hatzenbuehler, 2009) et que les TCC sont plus faciles à tester par ECR (Burger & Pachankis, 2024).

Si ces interventions sont pertinentes et bénéficient d'un certain soutien empirique, nous tenons néanmoins à rappeler le *caveat* formulé plus haut à savoir que la détresse psychique des HMS ne provient pas systématiquement de leur statut minoritaire. Il s'agit donc d'interventions intéressantes à intégrer lorsqu'elles sont cliniquement pertinentes, mais qui ne doivent pas occulter les autres facettes de l'individu. Les TCC générales fonctionnent en effet aussi bien chez les HMS que chez les hommes hétérosexuels cis, soulevant la question de quand et chez qui utiliser ces thérapies (Burger & Pachankis, 2024).

La première TCC «LGB-affirmative» a été mise au point par Pachankis et al. (2015). Elle a été évaluée dans un ECR de six mois comparant traitement immédiat et liste d'attente pendant trois mois. L'intervention, nommée «ESTEEM», visait à augmenter les capacités de régulation émotionnelle, réduire les schémas cognitifs, affectives et d'évitement maladaptifs tout en augmentant la motivation et l'auto-efficacité. L'intégration du stress minoritaire consistait à aider les participants à identifier les expériences de stress minoritaire et à repérer

leurs réactions cognitives, affectives et comportementales face à ce stress. L'objectif était à la fois de produire des changements comportementaux vis-à-vis des comportements sexuels à risque tout en améliorant la santé mentale. Dans l'ensemble, l'intervention avait permis de réduire les symptômes dépressifs, les problèmes de consommation d'alcool et les rapports anaux sans préservatif.

Pachankis (2015) décrit huit principes de traitement à son approche : normaliser l'impact délétère du stress minoritaire ; faciliter la reconnaissance, la régulation et l'acceptation des émotions ; réduire l'évitement ; renforcer la communication assertive ; restructurer les processus cognitifs entourant le stress minoritaire ; valider les forces uniques des MSG (résilience, fierté, créativité, communauté, activisme) ; construire des relations soutenantes et affirmer des expressions saines et gratifiantes de la sexualité. Une revue systématique de la littérature avec méta-analyse sur l'efficacité de ces interventions chez les HCMS avait montré un impact favorable sur la dépression et l'anxiété, mais pas sur la suicidalité (Wei et al., 2025)

Ces principes ont été adaptés aux personnes trans par Austin & Craig (2015). La psychoéducation occupe également une place importante en expliquant aux patients les liens entre transphobie, stress minoritaire et impact sur la santé. L'objectif est, ici aussi, de remplacer des schémas de pensées négatifs internalisés en vue de combattre le désespoir et d'encourager le lien social. Une étude pilote pré-test/post-test sur huit participants de 16-18 ans avait montré une diminution des symptômes dépressifs maintenue à trois mois après huit modules de thérapie de groupe répartis sur un weekend (Austin et al., 2018). Plus récemment, une équipe australienne a réalisé une étude participative afin de co-construire une intervention de TCC visant à réduire la détresse psychologique et améliorer le bien-être psychique des jeunes trans (Chinsen et al., 2025). Si l'évaluation de cette intervention est encore en cours, ses principes méritent qu'on s'y attarde. Les participants préconisaient en effet une intervention s'inscrivant dans un cadre sécurisant, respectueux, qui se focaliserait sur la résilience plutôt que sur le déficit et qui faciliterait la connexion sociale et le développement de compétences. Les jeunes mettaient ainsi en avant l'importance de se connecter à des adultes trans comme modèles positifs, et de ne pas parler exclusivement de transitude, mais de s'intéresser également à l'école, aux amis et aux relations. Ils priorisaient également l'accessibilité face à une diversité de besoins physiques, cognitifs, psychologiques et situationnels (p. ex. accessibilité physique, pièces calmes pour les pauses entre les sessions, flexibilité dans la participation, modalité hybride pour pallier à la distance géographique, contenu sous formes écrite et orale).

Au vu de la centralité de l'estime de soi dans nos données, la synergie qu'elle exerce avec la suicidalité sur la dépression, et la boucle de renforcement à laquelle elle appartient, notre étude appuie la pertinence d'interventions individuelles ciblées sur l'estime de soi. Intégrer ou non des éléments du stress minoritaire dans la TCC reste à décider sur base individuelle, en fonction de l'histoire de vie, des stressors et des vulnérabilités de l'individu.

6.5.2 Interventions interpersonnelles

La création de lien social et le contact avec la communauté font déjà partie des principes des TCC sus-mentionnées. Nous nous focaliserons ici sur le soutien par les pairs, vu l'importance de l'isolement social et de la solitude dans nos données et les liens mis en évidence entre solitude, estime de soi, dépression et suicidalité.

Le soutien par les pairs peut revêtir une pluralité de formes. Dans le cadre des interventions de soutien par les pairs sur la santé mentale, celui-ci peut être unidirectionnel, d'un pair-aidant vers un bénéficiaire, ou réciproque, dans le contexte de groupe de soutien mutuel (Lyons et al., 2021). Il peut en outre s'exercer en groupe ou en individuel. Une revue systématique de la littérature avec méta-analyse a montré un signal d'un intérêt potentiel des interventions de groupes sur le rétablissement personnel, avec des bénéfices maintenus jusqu'à six mois après l'intervention (Lyons et al., 2021). Il n'y avait pas d'effet perceptible sur l'*empowerment*, l'espoir ou la symptomatologie dépressive. Le nombre d'études demeure malheureusement très limité (huit études dont seulement six pouvant être incluses dans la méta-analyse), avec un niveau d'hétérogénéité élevé, concourant à un niveau de preuves faible.

Une revue parapluie systématique de 2023 appuie ces résultats. Sur les 35 revues de littérature identifiées, comportant 426 études primaires, 97% étaient de qualité basse ou critiquement basse (Cooper et al., 2023). De manière similaire à ce que nous avons mis en avant dans le Chapitre 3, la comparabilité était limitée par une multiplicité des *outcomes* et des groupes de comparaison (traitement usuel, listes d'attente, contrôles actifs). Dans l'ensemble, un faisceau cohérent de preuves était toutefois discernable vis-à-vis d'une réduction du risque d'hospitalisation, une amélioration du rétablissement, de l'auto-efficacité et une minimisation des conséquences de la stigmatisation. Les résultats étaient par contre mitigés sur les symptômes psychologiques, la durée de l'hospitalisation, l'espoir, l'*empowerment* et la qualité de vie. Les auteurs faisaient en outre valoir que, si le support empirique quantitatif était plutôt mitigé, les données qualitatives ne devaient pas être négligées et montraient, au contraire, un appui fort au soutien par les pairs.

Les interventions de soutien par les pairs sur le suicide sont relativement rare (Bowersox et al., 2021). Les pairs peuvent remplir des rôles de *gatekeeper*, pour identifier un individu avec un risque suicidaire élevé et l'empêcher de se suicider, de soutien de crise à la demande, dans des espaces dédiés ou des lignes téléphoniques, de soutien de crise dans des contextes de soin aigu ou encore de prévention des crises (Bowersox et al., 2021). En outre, la qualification de pair peut revêtir des acceptions très différentes, en désignant des membres de la population générale, des membres d'une même communauté (p. ex. MSG), d'une même institution (p. ex. école, prison, travail) ou, plus rarement, des individus avec une expérience vécue de problèmes de santé mentale (Bowersox et al., 2021). La rareté de cette dernière modalité dans les interventions liées au suicide est à mettre en lien avec le cadre suicidiste général de la

prévention du suicide, tel qu'exposé plus haut. Schlichthorst et al. (2020), dans leur étude de la portée, n'ont en effet identifié que sept interventions de soutien par des pairs avec une expérience vécue de suicidalité. Seuls trois programmes proposaient une évaluation et celle-ci n'était que descriptive, montrant des résultats prometteurs sur le sens de communauté, la compréhension des idées suicidaires et la diminution de leur intensité. Ces données demeurent toutefois embryonnaires et demandent à être reproduites dans des contextes d'évaluation rigoureux.

Un projet qui se distingue nettement du lot est le projet *DISCHARGED*, à destination des personnes trans suicidaires (Radford et al., 2019). Il se détache effectivement du paradigme de prévention habituel en offrant des espaces où les bénéficiaires peuvent parler ouvertement et authentiquement de leurs idées suicidaires sans crainte d'intervention clinique ou de coercition. Il s'appuie sur la croyance que la connexion et la création de sens sont cruciaux pour rencontrer les besoins des personnes en détresse et vise, non pas à enjoindre la personne à rester en vie, mais à la soutenir dans la création d'une vie qui a du sens et qui donne envie d'être vécue. Les auteurs font ainsi valoir que les réactions instinctives des soignants face à un risque suicidaire sont des réactions de contrôle qui peuvent contribuer à ce que les personnes suicidaires n'osent pas parler de leurs expériences. Cette mise sous silence, qui peut s'apparenter à une forme d'étouffement testimonial (Baril, 2023a) érode ainsi l'autonomie et mène la non-divulgaration de pensées suicidaires. En outre, plusieurs participants ont fait évoquer un aspect potentiellement traumatisant de leur prise en charge aux urgences. En participant à cet espace de parole alternatif, les participants relatent que leurs idées suicidaires restaient présentes mais que leur relation vis-à-vis de ces dernières changeaient et qu'elles devenaient plus gérables au quotidien. Cela permettait aussi de faciliter le fait d'en parler à des proches.

En dehors des interventions de soutien par les pairs, le soutien social revêt une importance considérable dans la mitigation de la suicidalité, notamment chez les personnes trans (Kia et al., 2021). À ce titre, l'engagement associatif et la connexion autres personnes trans, qu'elle soit virtuelle ou physique, tend à diminuer le risque suicidaire, en validant l'expérience de la transitude et en mitigant l'impact des stressors minoritaires (Kia et al., 2021). Ce soutien informel peut lui aussi remplir des fonctions variées chez les MSG. Dans une étude qualitative australienne, Worrell et al. (2022) ont ainsi étudié le soutien informel fourni par les proches chez les MSG. Ils ont ainsi identifié une diversité de contextes de soutien : durant les crises suicidaires, après une tentative de suicide, ou face à des difficultés liées au PTSD, à l'anxiété, à la dépression, à la discrimination, au sans-abrisme, à l'incarcération, au travail, au rejet familial ou à la consommation de substances. Ils ont en outre identifié six grands archétypes chez les personnes qui fournissaient du soutien : (1) l'ami sûr ; (2) le pair leader ; (3) le partenaire romantique ; (4) le colocataire ; (5) l'aidant professionnel ; (6) le membre du cercle amical. Chacun de ces archétypes rencontrait ses propres difficultés dans la fourniture d'aide. Ainsi l'investissement en temps et en énergie pouvait impacter négati-

vement les relations sociales, l'emploi et les études de l'ami safe. Le pair leader était exposé à un risque d'épuisement et une difficulté à trouver du temps pour ses propres besoins. Le partenaire romantique risquait de voir ses propres besoins être oubliés au sein de la relation, au risque d'une perte de la réciprocité et d'une invisibilisation de ce rôle de soin, pouvant être perçu comme normal au sein d'une relation. Le colocataire peut se voir dépassé par rapport à ce qui était initialement prévu dans le cadre de la relation, avec potentiellement des impacts pratiques et financiers défavorables. L'aidant professionnel peut peiner à placer ses limites avec des risques d'épuisement significatifs.

Si le soutien par les pairs a donc une importance notable, il ne faut pas négliger les difficultés qu'il comporte et il est crucial de soutenir également les aidants plus ou moins proches. Dans le cas contraire, celui-ci peut devenir insoutenable au long terme, menant à la rupture de relations dans un souci d'autopréservation (Worrell et al., 2022). En outre, l'importance de ce soutien est indissociable de la paucité des services professionnels adaptés aux HMS, l'aide informelle devenant un remplacement d'une aide formelle inexistante ou déficiente.

6.5.3 Interventions institutionnelles

Plusieurs facteurs institutionnels mériteraient d'être adressés, notamment en ce qui concerne l'emploi, le logement, l'école ou les centres d'hébergement. La présente thèse s'inscrivant dans le domaine des sciences médicales, nous nous focaliserons toutefois ici sur les systèmes de soin. Une amélioration du système de soins est en effet indispensable pour endiguer la syndémie décrite dans ce travail. L'efficacité des traitements individuels importe de fait assez peu si nul n'a accès à des soignants compétents tandis que le soutien informel par les proches ne peut pallier durablement les manquements institutionnels dans l'offre de soins.

Les difficultés d'accès au soin des HMS sont bien documentées (Silveri et al., 2022). L'accès aux soins de santé mentale est ainsi très faible, avec une satisfaction moindre et des besoins moins souvent rencontrés (Silveri et al., 2022). Les environnements de soin peuvent être peu accueillants, avec un manque de compétences relationnelles, un coût trop important ou des disparités géographiques qui entraînent la nécessité de parcourir des distances importantes (Silveri et al., 2022). Les personnes trans, *a fortiori* peuvent souvent se retrouver confrontés à des soignants qui manquent de connaissance et devoir ainsi revêtir un rôle de pédagogue plutôt que de bénéficiaire (Holt et al., 2023).

Les barrières identifiées dans la littérature sont la discrimination, le refus de soin et la stigmatisation, à laquelle se rajoute une précarité plus fréquente (Reynish et al., 2023). Le manque de connaissance des professionnels de santé mentale peut ainsi conduire à des attitudes délétères telles que la recherche d'une étiologie à la sexualité ou à la transitude du patient, de l'embarras, des réactions inappropriées voire hostiles, de la pitié ou de la

condescendance (Reynish et al., 2023). En outre, le soutien social favorise la recherche de soins, montrant l'interdépendance entre ces niveaux.

Schématiquement, deux options sont envisageables pour améliorer le paysage de soins. La première consiste en la création de centres spécialisés dans la santé des MSG. Ainsi, la Maison Arc-en-ciel de la Santé (MACS) a ouvert ses portes à Bruxelles en février 2025, sous l'impulsion de trois grandes associations francophones : Ex-Aequo, Genres Pluriels et Tels Quels (Grands Carmes, 2025). Cette ouverture a eu lieu en même temps que le projet de recherche maigrement financé qui visait à évaluer sa faisabilité, ses enjeux et ses limites (Gosselin, 2025). Cet espace vise à offrir à la fois des soins, en tant que maison médicale à l'acte, et un espace communautaire regroupant des associations et mettant un bar à disposition.

S'il est trop tôt pour évaluer le projet, nous pouvons toutefois soulever la complexité de l'entreprise. D'une part, comme le souligne Gosselin (2025), le défi majeur réside dans la pluralité des positionnements au sein des MSG et l'interaction complexe entre les différentes formes de discrimination et de privilège. Ainsi, la prétention intersectionnelle du projet demande une attention non seulement aux questions de cissexisme et d'hétérosexisme, mais également aux autres axes de domination traversant les MSG tels que le racisme, le classisme, le sexisme, le validisme ou le sanisme. En outre, ouvrir un lieu spécifique à un public minoritaire ne fait pas nécessairement l'unanimité, reflétant les tensions entre universalisme et communautarisme dans les soins (Gosselin, 2025).

Les questions d'exceptionnalisation nous intéressent toutefois davantage que cette tension. Dans un précédent travail, qui portait sur l'initiation et le suivi du traitement hormonal d'affirmation de genre en médecine générale (Ouafik, 2022), nous avons critiqué le modèle centralisé de distribution des soins d'affirmation de genre. Brièvement, le modèle officiel de dispense des soins de transition passe par des équipes de genre, héritières des processus de formalisation de la prise en charge des personnes trans décrite dans la Section 2.1.3 (Fournier, 2023). Or, cette organisation soulève des difficultés tant pratiques que conceptuelles. Sur le plan pratique, elle est liée à une paucité de l'offre de soins, une seule équipe existant en Wallonie, ce qui entraîne des délais importants et la nécessité de parcourir des distances géographiques considérables (Koehler et al., 2021; T'Sjoen & Motmans, 2022). Conceptuellement, nous avons fait valoir que la création de centres spécialisés concourrait à l'exceptionnalisation de la population trans et dépossédait les médecins travaillant en dehors de ces centres, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, de l'idée qu'ils puissent développer des compétences perçues à tort comme particulièrement complexes et spécialisées. Ces remarques nous paraissent également applicables à des projets centralisés tels que la MACS qui, bien que répondant à un besoin réel et remplissant un rôle sans doute nécessaire, ne permettent d'améliorer la prise en charge que d'une portion congrue des MSG belges. De plus, un tel phénomène d'exceptionnalisation pourrait également s'opérer, avec

un risque de déresponsabilisation des soignants qui pourraient voir dans l'existence d'un centre spécialisé un prétexte pour ne pas avoir à se former.

Nous considérons donc que la solution la plus durable et la plus efficace consiste en une amélioration globale de l'offre de soins, tout en reconnaissant que les deux options ne sont pas mutuellement exclusives et que des centres spécialisés peuvent faire office de pis-aller dans l'enrefait. Sachant que le manque de formation des soignants est systématiquement épinglé comme une des barrières majeures de l'accès au soin (Dubin et al., 2018; Holt et al., 2023; Irwig, 2016; Korpaisarn & Safer, 2018; Reynish et al., 2023; Silveri et al., 2022; Uhrig et al., 2019), il semble prioritaire d'intégrer les enjeux spécifiques des MSG dans le curriculum des médecins et des psychologues. En outre, nous argüons que même si tous les HMS bénéficieraient d'une meilleure formation des professionnels de santé, celle-ci est d'autant plus urgente pour les HTMS. En effet, comme le montrent Poteat et al. (2013, p. 26), les patients trans anticipent que les professionnels de santé « ne soient pas simplement non-préparés pour répondre à leurs besoins médicaux, mais pourraient aussi ne pas être préparés à leur existence-même ». Dans le cas de personnes trans appartenant à une minorité sexuelle, cette impréparation est d'autant plus accentuée.

Dans la continuité de ce que nous avons développé dans la Section 6.2, il serait cependant simpliste de considérer le manque de formation comme un simple trou dans le curriculum académique. Il y a certes un manque d'heures consacrées à ce sujet, les cours se concentrant dans le master de spécialisation en médecine générale et variant grandement d'une université à l'autre. Seule une partie des futurs médecins sont donc exposés à ces notions, tardivement, et pour une durée restreinte.

Ayant la responsabilité de ce cours à l'Université de Liège, nous constatons l'apport heuristique de l'épistémologie de l'ignorance pour expliquer le manque de formation des soignants. En effet, deux années de suite, nous avons fait passer un questionnaire aux étudiants. La première question leur demandait leur degré d'aisance pour une série de thématiques (p. ex. traitements hormonaux, prévention des ISTs chez les MSG, vieillissement avec le VIH, PrEP, TPE, santé sexuelle des personnes trans). La deuxième question leur demandait dans quelle mesure ces différents sujets les intéressaient en vue d'adapter le cours en fonction. De manière notable, les deux années, les étudiants signalaient une aisance faible pour les thématiques concernant les personnes trans, mais également une volonté faible de s'y former. Ce mode d'ignorance semble correspondre au premier type de la taxonomie élaborée par Tuana (2006, pp. 4-11) : « savoir que l'on ne sait pas, mais ne pas se soucier de savoir », qui émerge lorsque certains sujets sont considérés comme ne valant pas la peine d'y prêter attention.

Mikulak (2021) note en effet que ce premier type d'ignorance est directement applicable à la santé trans, et illustre ce point par l'absence de ces sujets dans le curriculum médical. Elle note en outre que le deuxième type d'ignorance de la taxonomie de Tuana (2006), « ne

pas savoir que l'on ne sait pas», est également applicable, dans la mesure où l'idée même qu'il y ait des spécificités de santé peut représenter une inconnue. Par ailleurs, elle avance le concept d'« ignorance cis » pour décrire la conjonction d'ignorance et de préjugés dans la perception des personnes trans. En cela, l'ignorance cis peut être vue comme le croisement entre l'ignorance et les présupposés cissexistes. Bien qu'il ne s'agissait pas du concept explicitement mobilisé, cet assemblage d'ignorance et de préjugés avait été testé dans une étude sur 107 professionnels de santé mentale (Powell & Cochran, 2021). Les auteurs avaient ainsi montré une association statistique entre ignorance et transphobie, les professionnels avec le moins de connaissance ayant également davantage d'idées transphobes. En les exposant à des vignettes cliniques mettant en scène des patients cis et trans, ils ont en outre montré que des scores plus élevés de transphobie se manifestaient par un traitement différentiel des situations cliniques selon la modalité de genre des patients. En d'autres termes, confrontés à deux situations cliniques où la seule différence était que l'une impliquait une personne trans et l'autre une personne cis, les professionnels plus transphobes aboutissaient à des conclusions cliniques distinctes.

Selon Mikulak (2021), l'« ignorance aimante » peut servir de catalyseur pour transformer ses pratiques. Il s'agit d'une posture d'humilité consistant à reconnaître son ignorance et à chercher à la surpasser, tout en adressant à la fois les origines et les conséquences de cette ignorance. Ce dépassement de l'ignorance doit se faire de manière éthique, c'est-à-dire en évitant de faire reposer sur les patients trans le fardeau éducatif. Dans le cadre des cours susmentionnés, c'est cette réflexion épistémique que nous avons tenté d'insuffler aux étudiants, en vue d'instiller une motivation de formation, à travers un recul réflexif sur leurs pratiques et leurs représentations. C'est également un des principes qui a guidé un cursus de formation transdisciplinaire en santé trans à destination des médecins généralistes, la formation Comp-a-s (Ouafik & Fournier, 2024). Cette formation a été développée conjointement avec un sociologue, Alix Fournier, et s'inscrit dans un partenariat avec une association trans, Face-à-Toi-Même. Elle vise à promouvoir la réflexivité des apprenants et à leur permettre de se familiariser aux vécus trans afin de développer une réflexion critique sur leur rôle de soignants en vue de développer une éthique de soins trans-affirmative. Répartie sur 5 modules de 4h dispensés sur une année, cette formation représente une action concrète visant à étoffer l'offre de soins en commençant par la base du système de santé : les médecins généralistes.

Nous considérons en effet que la médecine générale occupe une place unique au sein du système de soin et que ses caractéristiques intrinsèques la rendent particulièrement adaptée, à la fois à une approche syndémique de la santé, mais également à un engagement vis-à-vis de la santé des populations marginalisées. De fait, la littérature décrit sept composants à une première ligne de soins performante : le premier contact, la continuité des soins, la globalité des soins, la coordination des soins, l'engagement communautaire, les soins centrés sur le patient et la complexité (Bazemore & Grunert, 2021).

Les quatre premiers points, identifiés par Starfield (1994), représentent de longue date le coeur de la médecine de première ligne. La notion de premier contact signifie que le médecin généraliste représente le point de premier contact avec les systèmes de soin et un facilitateur de l'entrée dans le reste du système. Vu les disparités d'accès au soins évoquées, ce rôle de facilitateur est d'autant plus important à l'égard des HMS. La globalité des soins, selon Starfield (1994) signifie que les médecins généralistes doivent être capables de prendre en charge la totalité des problèmes de santé courants, à savoir dépassant une prévalence de 1 à 2/1000. L'ensemble des disparités de santé présentées dans le Chapitre 1 et retrouvés dans les données empiriques du Chapitre 5 répondent à cette condition. Combiné au principe de coordination des soins, cela permet à la première ligne de guider et d'intégrer les soins du patient à travers différents lieux, différentes spécialités et différentes phases de soin. Si l'on prend l'exemple d'un homme gay séropositif pratiquant le *chemsex* et commençant à avoir des difficultés de gestion de consommation, le rôle du médecin généraliste pourra être de coordonner les soins entre des services d'infectiologie et d'addictologie. Il représente alors un point de contact récurrent, stable et humain au milieu d'un paysage de soins qui demeure encore fragmenté.

Les trois dimensions additionnelles, ont progressivement été ajoutées au fil des années pour expliquer l'influence positive de la première ligne sur les systèmes de soin (Bazemore & Grunert, 2021). L'engagement communautaire décrit la prise en charge de communautés entières, en plus de l'individu et de sa famille, dans un but d'améliorer la santé des populations. « Communauté » est ici généralement compris dans une acception plus géographique, comme dans le cas des maisons médicales dont le périmètre de soins est géographiquement délimité. Nous considérons toutefois que cet engagement communautaire peut également avoir lieu vis-à-vis d'autres formes de communauté, comme les MSG. Ainsi, comme l'écrivent Ashley & Domínguez (2021) : « la santé trans ne s'arrête pas aux portes de la clinique ». L'interaction avec les communautés permet ainsi de favoriser les relations thérapeutiques à travers le bouche-à-oreilles communautaire, en plus de rester au fait des pratiques et des réalités des communautés. Ashley & Domínguez (2021) avancent en outre que cette approche communautaire doit se faire avec humilité, dans une perspective similaire à l'ignorance aimante de Mikulak (2021). Dans le même ordre d'idées, Weingartner et al. (2022) considèrent que les centres académiques devraient également développer des relations avec les communautés trans afin d'améliorer la formation des étudiants.

Ces différents ponts entre l'académique et les cliniciens, d'une part, et le monde associatif, d'autre part, s'inscrivent dans une perspective transdisciplinaire et permettent de contrebalancer les disparités de pouvoir évoquées dans la Section 2.1. Dans le même esprit, en tant que discipline intrinsèquement relationnelle, la centralité du patient dans la médecine générale constitue une autre forme de remédiation. Ainsi, l'idéal global de décision médicale partagée basée sur un consentement informé sont centraux à la première ligne (Bazemore & Grunert, 2021) et cruciaux pour les MSG qui en ont longtemps été dépossédées.

Enfin, la complexité découle du vieillissement et de la diversification de la population, de l'accroissement et de l'entrelacement des maladies chroniques (Bazemore & Grunert, 2021). Cette complexité croissante de la santé s'accompagne d'une complexité croissante des systèmes de soin. Or, comme Fox (1960, p. 752) le formulait déjà il y a plus de soixante ans : « plus la médecine se complexifie, plus il devient essentiel que chacun ait un médecin traitant qui assurera un suivi continu et qui, connaissant son mode de vie, saura garder les choses en perspective ». Les syndémies représentent des entités complexes, mobilisant plusieurs maladies et se développant sur un terreau social défavorable. Il s'agit précisément du genre de situations qui s'inscrivent dans les forces de la médecine générale.

Une perspective syndémique pourrait permettre au médecin généraliste de mieux comprendre l'arrangement complexe de conditions qui affectent sa patientèle. L'approche syndémique devient dès lors un outil permettant une meilleure appréhension de la complexité. Fort de cette compréhension, il pourrait ainsi remplir avec d'autant plus de pertinence ses rôles de continuité, de coordination et de globalité tandis que son accessibilité contribue à lier au soin les populations les plus défavorisées. Enfin, l'engagement communautaire et l'approche centrée sur le patient permettent de rééquilibrer au moins partiellement les déséquilibres de pouvoir, ce qui est d'autant plus important avec des populations qui ont été historiquement malmenées par les systèmes de santé.

Nous appelons donc à une meilleure formation des soignants, et en priorité des médecins généralistes et des professionnels de la santé mentale, quant aux enjeux et besoins spécifiques des HMS. Cette intégration au curriculum académique est indispensable pour accroître l'offre de soins et ne peut porter ses fruits que si elle se fait en collaboration avec les communautés. Son objectif, outre les quelques connaissances théorico-techniques nécessaires doit avant tout viser à favoriser la réflexivité et l'évolution épistémique des étudiants, conditions indispensables à une évolution des attitudes.

CONCLUSION

Dans l'introduction, nous disions que l'essentiel des questions de cette thèse visait à comprendre l'étendue du problème et à réfléchir aux solutions appropriées.

Après une revue approfondie de la littérature, la sollicitation d'avis de membres d'associations communautaires et la conduite d'une enquête en ligne, nous avons quelques éléments supplémentaires à notre disposition.

Nos données indiquent en effet assez nettement l'existence d'une syndémie dans la population des HMS belges, caractérisée notamment par des taux élevés de suicidalité, de dépression et de problèmes d'estime de soi et par la synergie entre ces trois éléments. Tenter de remédier à cela doit d'abord nous faire nous interroger sur ce que nous cherchons à traiter. Comme nous l'avons explicité, notre objectif n'est ainsi pas tant de faire disparaître la suicidalité et la maladie mentale qu'elle est de permettre l'émergence d'un contexte qui rendent ces disparités moins probables et plus supportables. Agir de la sorte demande de ne pas se contenter d'interventions individuelles, bien que l'estime de soi se dégage comme une piste de choix dans ce cadre, mais également de repenser nos institutions de soin et d'améliorer les conditions matérielles des personnes minorisées.

Cette thèse représente une contribution originale à la recherche scientifique sur plusieurs points.

Conceptuellement, elle est la première à articuler aussi explicitement syndémie et théorie des systèmes complexes, dépassant la simple utilisation d'analyse de réseau pour tenter de repenser le concept sans trahir son énonciation originelle. Plus qu'un exercice abstrait, cette articulation permet de mobiliser des éléments issus du champ de la complexité, tant pour étudier le phénomène que pour envisager les voies par lesquelles on pourrait déstabiliser l'état attracteur ainsi formé.

Cette volonté d'articulation se retrouve également dans le choix de combiner une approche méthodologique plutôt inscrite dans le positivisme habituel en sciences médicales, avec une posture constructiviste, tout en mobilisant des éléments d'analyse issus de l'anthropologie médicale, de la psychologie, de l'épistémologie de l'ignorance et de la sociologie. Ce désir de transdisciplinarité s'est également matérialisé à travers le Delphi, en permettant à des membres externes au monde académique de définir les priorités d'un projet de recherche aussi éminemment personnel qu'une thèse. Ce faisant, nous souhaitions affaiblir la dichotomie entre savoirs académiques et savoirs dits profanes afin d'enrichir notre recherche à travers ce dernier. Une certaine réciprocité s'impose toutefois à ce niveau et nous serons vigilants quant au fait de diffuser le savoir ainsi acquis en dehors du monde de la recherche.

Enfin, de manière plus pragmatique et plus mesurable, cette étude est la première à s'être intéressée à la santé des HTMS en Europe à travers le prisme syndémique et constitue désormais une des rares sources de données sur les HTMS belges. Elle se base en outre à la fois sur une méthodologie rigoureuse et sur un certain degré d'émergence, permettant à chaque partie de se bâtir sur les acquis de la précédente.

Toutefois, malgré ses forces, elle n'est pas sans lacunes. Outre celles propres à chaque partie empirique, déjà relevées dans les chapitres *ad hoc*, telles que l'absence de consensus fort sur le Delphi ou les limites de l'échantillonnage de l'enquête, plusieurs limitations plus larges méritent d'être mentionnées vis-à-vis de cette thèse.

Premièrement, contrairement à notre intention initiale, nous n'avons pas eu l'opportunité de réaliser des entretiens individuels en vue d'étoffer notre compréhension des mécanismes et de l'émergence de la syndémie. Les volets quantitatifs et qualitatifs devaient ainsi être entrelacés, du recrutement à l'analyse, permettant à chaque partie d'enrichir l'autre. Malheureusement, en raison d'un manque de temps, nous n'avons pas pu mener la recherche de cette manière. Comme mentionné dans le Chapitre 5, nous avons d'ores et déjà les participants nécessaires pour cette étude et il s'agira de notre première ouverture sur des recherches ultérieures dans le domaine.

Par ailleurs, notre enquête quantitative se base sur des données individuelles, sans prise en compte de facteurs structurels, hormis l'indice socio-économique. Si cette échelle d'investigation est intéressante, elle mériterait d'être complétée par des données populationnelles et structurelles, permettant de déployer avec plus de vigueur l'analyse multiniveau que nous avons évoquée. En outre, même au niveau individuel, les conditions socio-économiques auraient gagné à être étudiées plus finement, de même que les positionnements sociaux des participants, en complexifiant les variables liées au genre et en incorporant des variables liées aux différentes facettes des parcours de transition des HTMS. Il nous apparaît comme fondamental que la recherche sur les HMS et, plus largement, sur les MSG dans leur ensemble incorpore davantage de données sur la matérialité

des parcours et des conditions sociales afin de produire des catégories d'analyse pertinentes à confronter à des variables soigneusement construites.

La résilience est également absente de nos données et de la majeure partie de nos analyses. Cette décision s'explique par notre angle principal, qui était celui de la description et de l'analyse des disparités de santé. Toutefois, comme nous avons pu l'élaborer, le risque est, ce faisant, de dépeindre un tableau exagérément sombre de la situation et d'y associer, ne fût-ce que tacitement, l'ensemble des HMS.

Une limite plus significative, à nos yeux, est l'absence de considérations liées à la race sociale dans les données de notre enquête. Celle-ci découle des contraintes imposées par le cadre législatif belge qui, s'il n'interdit pas la collecte de telles données à des fins de recherche, rend leur collecte particulièrement délicate. Le protocole du Delphi nous avait déjà valu une convocation auprès du comité d'éthique afin d'explicitier le projet de recherche, un fait suffisamment rare que pour mériter d'être souligné, *a fortiori* pour une étude aussi bénigne qu'un Delphi. Dans ce contexte, nous n'étions pas confiants qu'un questionnaire posant frontalement des questions en lien avec la race sociale aurait été reçu positivement ou aurait eu des chances d'aboutir. Sachant par ailleurs que les difficultés de quantification déjà décrites auraient été amplifiées par la multiplication des catégories analytiques que cette nouvelle donnée aurait induite, nous avons préféré nous abstenir, dans le cadre d'une recherche doctorale. Ce choix explique que nous n'avons que très peu mobilisé le concept d'intersectionnalité dans cette étude, ne souhaitant pas participer à son édulcoration en l'employant malgré l'absence de données sur les HMS racisés, et ce, malgré son intérêt évident.

En termes de perspectives de recherche, nous identifions plusieurs pistes. Sur le plan de la recherche, il nous semble fondamental de poursuivre l'effort entrepris par ce travail, avec, au niveau quantitatif, des échantillons plus larges et plus représentatifs, tout en comblant les lacunes évoquées plus haut. En plus de l'analyse, il est également indispensable de réfléchir à conceptualiser, évaluer et implémenter des interventions permettant de désamorcer la syndémie identifiée. Nous accusons un retard certain dans la production de données scientifiques sur les HMS, par rapport à la littérature outre-Atlantique, mais nous ne devrions pas attendre que ce retard soit comblé avant de passer à l'intervention.

De plus, par-delà les applications susmentionnées, le qualitatif nous apparaît comme indispensable, notamment pour tester certaines des hypothèses avancées dans ce travail. Ainsi, la question des réseaux sexuels des HTMS pourrait être investiguée en explorant les processus de sélection des partenaires, les mécanismes de protection mis en place, le type de réseau fréquenté et les dynamiques au sein de celui-ci. Le lien potentiel entre âge et résilience, malgré un isolement accru, mériterait également des approfondissements ultérieurs en investiguant la sociabilité des HMS plus âgés ainsi que l'impact de l'âgisme, à la fois en intra et extracommunautaire.

Cette thèse invite plus largement à resituer la santé comme un phénomène complexe dont les éléments structurels, institutionnels et interpersonnels sont davantage que des auxiliaires à l'investigation médicale individuelle. Elle démontre, par ailleurs, qu'une telle approche peut générer des résultats probants. Décrire n'est toutefois que la première étape et celle-ci ne doit pas nous distraire de l'importance d'agir. À ce titre, implémenter des interventions qui respectent cette complexité représente un défi considérable, mais auquel on ne peut se soustraire, si l'on souhaite améliorer les conditions de vie des populations minorisées.

BIBLIOGRAPHIE

- Achterbergh, R. C. A., Rooijen, M. S. van, Brink, W. van den, Boyd, A., & Vries, H. J. C. e. (2021). Enhancing help-seeking behaviour among men who have sex with men at risk for sexually transmitted infections: the syn.bas.in randomised controlled trial. *Sexually transmitted infections*, 97, 11-17. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2020-054438>
- Adam, B. D., Hart, T. A., Mohr, J., Coleman, T., & Vernon, J. (2017). HIV-related syndemic pathways and risk subjectivities among gay and bisexual men: a qualitative investigation. *Culture, health & sexuality*, 19(11), 1254-1267. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1309461>
- Adam, B., Hart, T., Mohr, J., Coleman, T., & Vernon, J. (2018). Resilience pathways, childhood escape routes, and mentors reported by gay and bisexual men affected by syndemic conditions. *Sexualities*, 22(4), 642. <https://doi.org/10.1177/1363460718758663>
- Ahrenholtz, M. S., Nicholas, J., Sacco, A., & Bresin, K. (2025). Sexual and Gender Minority Stress in Nonsuicidal Self-Injury Engagement: A Meta-Analytic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 55(1), e13161. <https://doi.org/10.1111/sltb.13161>
- Alcoff, L. (2007). Epistemologies of Ignorance: Three types. In S. Sullivan & N. Tuana (éds.), *Race and Epistemologies of Ignorance* (p. 39-57). State University of New York Press.
- American Psychiatric Association (éd.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Amodio, S., D'Ambrosio, A., & Siciliano, R. (2016). Accurate algorithms for identifying the median ranking when dealing with weak and partial rankings under the Kemeny

- axiomatic approach. *European Journal of Operational Research*, 249(2), 667-676. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2015.08.048>
- Angouri, J., Mesinioti, P., Banatwalla, R., & Dimitriadis, G. K. (2022). Intersecting Identities in Healthcare Research. In *The SAGE Handbook of Qualitative Research Design* (p. 1015-1030). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781529770278.n62>
- Antebi-Gruszka, N., Talan, A. J., Reisner, S. L., & Rendina, H. J. (2020). Sociodemographic and behavioural factors associated with testing for HIV and STIs in a US nationwide sample of transgender men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 96(6), 422-427. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2020-054474>
- Appenroth, M. N., Koppe, U., Hickson, F., Schink, S., Hahne, A., Schmidt, A. J., Weatherburn, P., & Marcus, U. (2022). Sexual happiness and satisfaction with sexual safety among German trans men who have sex with men: results from EMIS-2017. *Journal of the International AIDS Society*, 25(Suppl5), e25992. <https://doi.org/10.1002/jia2.25992>
- Arijs, Q., Maras, D., Motmans, J., & Servais, J. (2025). *Être une personne transgenre ou non binaire en Belgique. Troisième étude nationale sur les conditions de vie et les expériences de discrimination des personnes transgenres et/ou non binaires en Belgique*. Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Arpin, P. (2021). Histoire critique de la notion d'identité de genre. In P. Clochec & N. Grunenwald (éds.), *Matérialismes trans* (p. 247-281). Hystériques & associés.
- Arum, C., Fraser, H., Artenie, A. A., Bivegete, S., Trickey, A., Alary, M., Astemborski, J., Iversen, J., Lim, A. G., MacGregor, L., Morris, M., Ong, J. J., Platt, L., Sack-Davis, R., Santen, D. K. van, Solomon, S. S., Sypsa, V., Valencia, J., Boom, W. V. D., ... Strathdee, S. A. (2021). Homelessness, unstable housing, and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 6(5), e309-e323. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00013-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00013-X)
- Ashley, F., & Domínguez, S. (2021). Transgender Healthcare Does Not Stop at the Doorstep of the Clinic. *The American Journal of Medicine*, 134(2), 158-160. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.09.030>

- Austin, A., & Craig, S. L. (2015). Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: Clinical considerations and applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 21-29. <https://doi.org/10.1037/a0038642>
- Austin, A., Craig, S. L., & D'Souza, S. A. (2018). An AFFIRMative cognitive behavioral intervention for transgender youth: Preliminary effectiveness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(1), 1-8. <https://doi.org/10.1037/pro0000154>
- Avvisati, F., & Wuyts, C. (2024). *The Measurement of Socio-economic Status in PISA* (Vol. 321, Numéro 321). Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://doi.org/1>
- Baril, A. (2009). Transsexualité et privilèges masculins. Fiction ou réalité ?. In L. Chamberland, B. W. Frank, & J. Ristock (éds.), *Diversité sexuelle et constructions de genre* (p. 263-296). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18phctb.12>
- Baril, A. (2013). *La normativité corporelle sous le bistouri : (re)penser l'intersectionnalité et les solidarités entre les études féministes, trans et sur le handicap à travers la transsexualité et la transcapacité*.
- Baril, A. (2015). Transness as Debility: Rethinking Intersections between Trans and Disabled Embodiments. *Feminist Review*, 111(1), 59-74. <https://doi.org/10.1057/fr.2015.21>
- Baril, A. (2017). The Somatechnologies of Canada's Medical Assistance in Dying Law: LGBTQ Discourses on Suicide and the Injunction to Live. *Somatechnics*, 7(2), 201-217. <https://doi.org/10.3366/soma.2017.0218>
- Baril, A. (2017). Trouble dans l'identité de genre : le transféminisme et la subversion de l'identité cisgenre : une analyse de la sous-représentation des personnes trans* professeur-es dans les universités canadiennes. *Philosophiques*, 44(2), 285-317. <https://doi.org/10.7202/1042335ar>
- Baril, A. (2018). Les personnes suicidaires peuvent-elles parler ? Théoriser l'oppression suicidiste à partir d'un modèle sociosubjectif du handicap. *Criminologie*, 51(2), 189-212. <https://doi.org/10.7202/1054240ar>
- Baril, A. (2022). Briser le silence, occuper l'absence : transféminismes francophones et (in)justices épistémiques. In V. Swamy & L. Mackenzie (éds.), *Devenir non-binaire* (Le Manuscrit, p. 45-57).
- Baril, A. (2023b). Queering and Transing Suicide: Rethinking LGBTQ Suicidality. In *Undoing Suicidism: A Trans, Queer, Crip Approach to Rethinking (Assisted) Suicide*. Temple University Press.

- Baril, A. (2023c). Queering, Transing, Crippling, and Maddening Assisted Suicide. In *Undoing Suicidism: A Trans, Queer, Crip Approach to Rethinking (Assisted) Suicide*. Temple University Press.
- Baril, A. (2023a). Suicidism: A Theoretical Framework for Conceptualizing Suicide. In *Undoing Suicidism: A Trans, Queer, Crip Approach to Rethinking (Assisted) Suicide* (p. 41-121). Temple University Press.
- Barry, C., Meghji, S., Jackman, V., Trepanier, C., Coyle, S., Jacobson, J. A., Stewart, J. G., & Pukall, C. F. (2025). Social support among gender diverse people: Are we measuring what we think we are?. *International Journal of Transgender Health, 26*(3), 887-905. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2371417>
- Batchelder, A. W., Choi, K., Dale, S. K., Pierre-Louis, C., Sweek, E. W., Ironson, G., Saffren, S. A., & O'Cleirigh, C. (2019). Effects of syndemic psychiatric diagnoses on health indicators in men who have sex with men. *Health Psychology, 38*(6), 509-517. <https://doi.org/10.1037/hea0000724>
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives": How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 20*(5), 348-361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>
- Baynton, D. C. (2016). Disability and the Justification of Inequality in American History. In L. J. Davis (éd.), *The Disability Studies Reader* (Fifth edition, p. 17-34). Routledge.
- Bazemore, A., & Grunert, T. (2021). Sailing the 7C's: Starfield Revisited as a Foundation of Family Medicine Residency Redesign. *Family Medicine, 53*(7), 506-515. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2021.383659>
- Beaubatie, E. (2016). Trans'. In J. Rennes (éd.), *Encyclopédie critique du genre* (p. 640-648). La Découverte.
- Beaubatie, E. (2019). L'espace social du genre. Diversité des registres d'action et d'identification dans la population trans' en France. *Sociologie, 10*(4), 395. <https://doi.org/10.3917/socio.104.0395>
- Beaubatie, E. (2020). Changer de sexe et de sexualité: Les significations genrées des orientations sexuelles. *Revue française de sociologie, 4*, 621-649. <https://doi.org/10.3917/rfs.604.0621>
- Beaubatie, E. (2021). *Transfuges de sexe: passer les frontières du genre*. La Découverte.
- Beaubatie, E. (2023). Renseigner et catégoriser le genre~: leçons tirées d'une enquête sur les trans'. In W. Rault & M. Trachman (éds.), *Minorités de genre et de sexualité: Objec-*

- tivation, catégorisations et pratiques d'enquête* (p. 233-250). Ined Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.ined.19476>
- Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H., & Sipe, T. A. (2019). Estimating the Prevalence of HIV and Sexual Behaviors Among the US Transgender Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2006–2017. *American Journal of Public Health, 109*. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727>
- Berlingieri, F., & Kovacic, M. (2025). Health and relationship quality of sexual minorities in Europe. *Journal of Population Economics, 38*(1), 15. <https://doi.org/10.1007/s00148-025-01077-4>
- Berner, A. M., & Atkinson, S. E. (2024). The implications of hormone treatment for cancer risk, screening and treatment in transgender individuals. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 38*(5), 101909. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2024.101909>
- Biello, K. B., Oldenburg, C. E., Safren, S. A., Rosenberger, J. G., Novak, D. S., Mayer, K. H., & Mimiaga, M. J. (2016). Multiple syndemic psychosocial factors are associated with reduced engagement in HIV care among a multinational, online sample of HIV-infected MSM in Latin America. *AIDS Care, sup1*, 84-91. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1146205>
- Bivegete, S., McNaughton, A. L., Trickey, A., Thornton, Z., Scanlan, B., Lim, A. G., Nerlander, L., Fraser, H., Walker, J. G., Hickman, M., Vickerman, P., Johnson, H., Duffell, E., Brooks-Pollock, E., & Christensen, H. (2023). Estimates of hepatitis B virus prevalence among general population and key risk groups in EU/EEA/UK countries: a systematic review. *Eurosurveillance, 28*(30), 2200738. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.30.2200738>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry, 16*(1), 5-13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- 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. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Bos, H., De Haas, S., & Kuyper, L. (2019). Lesbian, Gay, and Bisexual Adults: Childhood Gender Nonconformity, Childhood Trauma, and Sexual Victimization. *Journal of Interpersonal Violence, 34*(3), 496-515. <https://doi.org/10.1177/0886260516641285>
- Bowersox, N. W., Jagusch, J., Garlick, J., Chen, J. I., & Pfeiffer, P. N. (2021). Peer-based interventions targeting suicide prevention: A scoping review. *American journal of community psychology, 68*(1–2), 232-248. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12510>

- Breetveld, R. R. (2020). Forms of bisexual injustice: Bi, being, and becoming a knower. In E. Maliepaard & R. Baumgartner (éds.), *Bisexuality in Europe: Sexual Citizenship, Romantic Relationships, and Bi+ Identities* (p. 149-162). Routledge.
- Brooks, V. R. (1981). *Minority Stress and Lesbian Women*. Lexington Books.
- Bruce, D., Harper, G. W., & Interventions, A. M. T. N. f. H. (2011). Operating without a safety net: gay male adolescents and emerging adults' experiences of marginalization and migration, and implications for theory of syndemic production of health disparities. *Health Education & Behavior, 38*(4), 367-378. <https://doi.org/10.1177/1090198110375911>
- Brunt, T. M., Graf, N., Deimel, D., Shecke, H., Amsterdam, J. van, Knoop, L., & Brink, W. van den. (2025). Mental Health Among Men Who Have Sex with Men Under the Influence of Psychoactive Substances: a Systematic Review. *International Journal of Mental Health and Addiction, 23*(3), 2289-2313. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01230-8>
- Bryan, A., & Mayock, P. (2017). Supporting LGBT Lives? Complicating the suicide consensus in LGBT mental health research. *Sexualities, 20*(1-2), 65-85. <https://doi.org/10.1177/1363460716648099>
- Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2018). Validating the Syndemic Threat Surrounding Sexual Minority Men's Health in a Population-Based Study With National Registry Linkage and a Heterosexual Comparison. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 78*(4), 376-382. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001697>
- Bulled, N. (2021). A new approach to measuring the synergy in a syndemic: Revisiting the SAVA syndemic among urban MSM in the United States. *Global public health, 17*(9), 2070-2080. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1974513>
- Burger, J., & Pachankis, J. E. (2024). State of the Science: LGBTQ-Affirmative Psychotherapy. *Behavior Therapy, 55*(6), 1318-1334. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.02.011>
- Burger, J., Isvoranu, A.-M., Lunansky, G., Haslbeck, J. M. B., Epskamp, S., Hoekstra, R. H. A., Fried, E. I., Borsboom, D., & Blanken, T. F. (2022). Reporting standards for psychological network analyses in cross-sectional data. *Psychological Methods*. <https://doi.org/10.1037/met0000471>
- Burgwal, A., Van Wiele, J., & Motmans, J. (2023). The Impact of Sexual Violence on Quality of Life and Mental Wellbeing in Transgender and Gender-Diverse Adolescents and Young Adults: A Mixed-Methods Approach. *Healthcare, 11*(16), 2281. <https://doi.org/10.3390/healthcare11162281>

- Buttram, M. E., & Kurtz, S. P. (2015). A mixed methods study of health and social disparities among substance-using African American/Black men who have sex with men. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 2, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s40615-014-0042-2>
- Byg, B., Bazzi, A. R., Funk, D., James, B., & Potter, J. (2016). The Utility of a Syndemic Framework in Understanding Chronic Disease Management Among HIV-Infected and Type 2 Diabetic Men Who Have Sex with Men. *Journal of Community Health*, 41, 1204-1211. <https://doi.org/10.1007/s10900-016-0202-x>
- Callan, A., Corbally, M., & McElvaney, R. (2021). A Scoping Review of Intimate Partner Violence as It Relates to the Experiences of Gay and Bisexual Men. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(2), 233-248. <https://doi.org/10.1177/1524838020970898>
- Callis, A. S. (2009). Playing with Butler and Foucault: Bisexuality and Queer Theory. *Journal of Bisexuality*, 9(3-4), 213-233. <https://doi.org/10.1080/15299710903316513>
- Campbell, L., Viswanadhan, K., Lois, B., & Dundas, M. (2024). Emerging Evidence: A Systematic Literature Review of Disordered Eating Among Transgender and Nonbinary Youth. *Journal of Adolescent Health*, 74(1), 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.07.027>
- Card, K. G., Lachowsky, N. J., Armstrong, H. L., Cui, Z., Wang, L., Sereda, P., Jollimore, J., Patterson, T. L., Corneil, T., Hogg, R. S., Roth, E. A., & Moore, D. M. (2018). The additive effects of depressive symptoms and polysubstance use on HIV risk among gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Addictive Behaviors*, 82(12), 158-165. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.005>
- Carrico, A. W., Rodriguez, V. J., Jones, D. L., & Kumar, M. (2018). Short circuit: Disaggregation of adrenocorticotrophic hormone and cortisol levels in HIV-positive, methamphetamine-using men who have sex with men. *Human psychopharmacology*, 33(1). <https://doi.org/10.1002/hup.2645>
- Cassels, S., Meltzer, D., Loustalot, C., Ragsdale, A., Shoptaw, S., & Gorbach, P. M. (2020). Geographic Mobility, Place Attachment, and the Changing Geography of Sex among African American and Latinx MSM Who Use Substances in Los Angeles. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*, 97, 609-622. <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00481-3>
- Chakrapani, V., Kaur, M., Tsai, A. C., Newman, P. A., & Kumar, R. (2020). The impact of a syndemic theory-based intervention on HIV transmission risk behaviour among men who have sex with men in India: Pretest-posttest non-equivalent comparison group trial. *Social science & medicine (1982)*, 295(ut9, 8303205), 112817. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112817>

- Chakrapani, V., Lakshmi, P. V. M., Tsai, A. C., Vijin, P. P., Kumar, P., & Srinivas, V. (2019). The syndemic of violence victimisation, drug use, frequent alcohol use, and HIV transmission risk behaviour among men who have sex with men: Cross-sectional, population-based study in India. *SSM - Population Health*, 7, 100348. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.100348>
- Chandler, C. J., Bukowski, L. A., Matthews, D. D., Hawk, M. E., Markovic, N., Egan, J. E., & Stall, R. D. (2020a). Examining the Impact of a Psychosocial Syndemic on Past Six-Month HIV Screening Behavior of Black Men who have Sex with Men in the United States: Results from the POWER Study. *AIDS and Behavior*, 28, 428-436. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02458-z>
- Chandler, C. J., Bukowski, L. A., Matthews, D. D., Hawk, M. E., Markovic, N., Stall, R. D., & Egan, J. E. (2020b). Understanding the impact of a syndemic on the use of pre-exposure prophylaxis in a community-based sample of behaviorally PrEP-eligible BMSM in the United States. *AIDS Care*, 32(5), 551-556. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1659921>
- Chaudhry, A. B., & Reisner, S. L. (2019). Disparities by Sexual Orientation Persist for Major Depressive Episode and Substance Abuse or Dependence: Findings from a National Probability Study of Adults in the United States. *LGBT Health*, 6(5). <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0207>
- Chauvin, S., & Lerch, A. (2016). Hétéro/homo. In J. Rennes (éd.), *Encyclopédie critique du genre*. La Découverte.
- Chinsen, A., Wilson, J., Tollit, M. A., Pang, K. C., Pace, C. C., & Cronin, T. J. (2025). "There's hope and there's a future for all of us": Co-design of a group cognitive behavioral therapy (CBT) intervention for trans young people (TAG TEAM). *International Journal of Transgender Health*, 26(4), 1311-1327. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2431835>
- Choi, B. C. K., & Pak, A. W. P. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine. Medecine Clinique Et Experimentale*, 29(6), 351-364.
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313-1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>

- Chuang, D.-M., Newman, P. A., & Li, A. T.-W. (2018). Syndemic factors and HIV infection among men who have sex with men in Taiwan. *Journal of HIV/AIDS & Social Services, 17*(4), 337-352. <https://doi.org/10.1080/15381501.2018.1454866>
- Chuang, D.-M., Newman, P. A., Fang, L., & Lai, M.-C. (2021). Syndemic Conditions, Sexual Risk Behavior, and HIV Infection Among Men Who Have Sex with Men in Taiwan. *AIDS and behavior, 25*(11), 3503-3518. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03269-x>
- Clohec, P. (2021). Introduction. Du spectre du matérialisme à la possibilité de matérialismes trans. In P. Clohec & N. Grunenwald (éds.), *Matérialismes trans* (p. 17-64). Hystériques & associées.
- Clohec, P. (2023a). Clinique Trans. In *Après l'identité: transitude & féminisme*. Hystériques & Associées.
- Clohec, P. (2023b). Sexes, genre et changement de sexe. In *Après l'identité: transitude & féminisme*. Hystériques & associées.
- Closson, K., Boyce, S. C., Johns, N., Inwards-Breland, D. J., Thomas, E. E., & Raj, A. (2024). Physical, Sexual, and Intimate Partner Violence Among Transgender and Gender-Diverse Individuals. *JAMA Network Open, 7*(6), e2419137. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.19137>
- Coessens, M., Schouten, J., Holvoet, T., & Verlinden, W. (2024). Awareness of chronic hepatitis B and C in men who have sex with men in Belgium: epidemiological survey and on-site screening. *Sexually Transmitted Infections, 100*(5), 321-324. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2023-055912>
- Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., Kastner, M., & Moher, D. (2014). Scoping reviews: Time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology, 67*(12), 1291-1294. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>
- Connolly, D., & Gilchrist, G. (2020). Prevalence and correlates of substance use among transgender adults: A systematic review. *Addictive Behaviors, 111*, 106544. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106544>
- Constantin, M. A., Schuurman, N. K., & Vermunt, J. K. (2023). A general Monte Carlo method for sample size analysis in the context of network models. *Psychological Methods*, No Pagination Specified–No Pagination Specified. <https://doi.org/10.1037/met0000555>
- Cook-Daniels, L. (2015). Intimate Partner Violence in Transgender Couples: "Power and Control" in a Specific Cultural Context. *Partner Abuse, 6*(1), 126-140. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.6.1.126>

- Cooper, R., Saunders, K. R., Greenburgh, A., Shah, P., Appleton, R., Machin, K., Jaynes, T., Barnett, P., Allan, S. M., Griffiths, J., Stuart, R., Mitchell, L., Chipp, B., Jeffreys, S., Lloyd-Evans, B., Simpson, A., & Johnson, S. (2023, octobre). *The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: a systematic umbrella review*. *Psychiatry and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1101/2023.10.23.23297394>
- Coronado-Muñoz, M., García-Cabrera, E., Quintero-Flórez, A., Román, E., & Vilches-Arenas, Á. (2024). Sexualized Drug Use and Chemsex among Men Who Have Sex with Men in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(6), 1812. <https://doi.org/10.3390/jcm13061812>
- Court, M., Mainsant, G., Masclat, C., & Perez, M. (2023). Pour une étude des socialisations à et par la sexualité. *Actes de la recherche en sciences sociales*, *4*, 4-19. <https://doi.org/10.3917/arss.249.0004>
- Cover, R. (2015). Queer Youth Suicide: Discourses of Difference, Framing Suicidality, and the Regimentation of Identity. In J. White, I. Marsh, M. J. Kral, & J. Morris (éds.), *Critical Suicidology* (p. 188-208). University of British Columbia Press. <https://doi.org/10.59962/9780774830317-011>
- Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., Maas, H. L. J. van der, & Borsboom, D. (2010). Comorbidity: A network perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, *33*(2-3), 137-150. <https://doi.org/10.1017/S0140525X09991567>
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, *43*(6), 1241-1299.
- Crielaard, L., Nicolaou, M., Sawyer, A., Quax, R., & Stronks, K. (2021). Understanding the impact of exposure to adverse socioeconomic conditions on chronic stress from a complexity science perspective. *BMC Medicine*, *19*(1), 242. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02106-1>
- Cuhls, K. (2023). The Delphi Method: An Introduction. In M. Niederberger & O. Renn (éds.), *Delphi Methods In The Social And Health Sciences: Concepts, applications and case studies* (p. 3-27). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-38862-1_1
- Cuq, J., Jurek, L., Morel-Journel, N., Oriol, S., & Neuville, P. (2024). Gynecological primary care of trans men and transmasculine non-binary individuals, a French descriptive study. *International Journal of Transgender Health*, *25*(4), 888-895. <https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2283529>
- d'Almeida, A. F., Ho, E., Schüttler, C., Beutels, P., Van Damme, P., Hens, N., Theeten, H., & Vanwolleghem, T. (2024, février). *Hepatitis B seroprevalence in Belgium anno 2020*.

- Darwin, H. (2020). Challenging the Cisgender/Transgender Binary: Nonbinary People and the Transgender Label. *Gender & Society, 34*(3), 357-380. <https://doi.org/10.1177/0891243220912256>
- De Cuyper, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., Hoebeke, P., & Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry, 22*(3), 137-141. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.10.002>
- De Domenico, M., & Sayama, H. (2019). *Complexity Explained*. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/TQGNW>
- De Grâce, G.-R., Joshi, P., & Pelletier, R. (1993). L'Échelle de solitude de l'Université Laval (ÉSUL): validation canadienne-française du UCLA Loneliness Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 25*(1), 12-27. <https://doi.org/10.1037/h0078812>
- De Schrijver, L., Fomenko, E., Krahé, B., Dewaele, A., Harb, J., Janssen, E., Motmans, J., Roelens, K., Vander Beken, T., & Keygnaert, I. (2022). An assessment of the proportion of LGB+ persons in the Belgian population, their identification as sexual minority, mental health and experienced minority stress. *BMC Public Health, 22*(1), 1807. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14198-2>
- De Schrijver, L., Fomenko, E., Krahé, B., Motmans, J., Roelens, K., Vander Beken, T., & Keygnaert, I. (2025). Sexual Victimization in LGB+ Persons in Belgium: Consequences, Help-Seeking Behavior, and Othering-Based Stress. *Healthcare, 13*(21), 2744. <https://doi.org/10.3390/healthcare13212744>
- Deblonde, J., Serrien, B., De Rouck, M., Montourcy, M., & Van Beckhoven, D. (2023). *Epidémiologie du VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2022*. Sciensano. <https://doi.org/10.25608/EZNC-R584>
- Deblonde, J., Serrien, B., De Rouck, M., Montourcy, M., Lafort, Y., & Van Beckhoven, D. (2025). *Epidémiologie du VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2024*. Sciensano (Belgium). <https://doi.org/10.25608/JTS6-SH90>
- Deblonde, J., Serrien, B., De Rouck, M., Williams, A., & Van Beckhoven, D. (2024). *Epidémiologie du VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2023*. Sciensano (Belgium). <https://doi.org/10.25608/11BJ-2191>
- Denis, A., Callahan, S., & Bouvard, M. (2015). Evaluation of the French Version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support During the Postpartum Period. *Maternal and Child Health Journal, 19*(6), 1245-1251. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1630-9>

- Deserno, M. K., Isvoranu, A.-M., Epskamp, S., & Blanken, T. F. (2022). Descriptive Analysis of Network Structures. In A.-M. Isvoranu, S. Epskamp, L. J. Waldorp, & D. Borsboom (éds.), *Network psychometrics with R: a guide for behavioral and social scientists* (First edition). New York, NY.
- Detandt, S. (2024). We, sex and fun ? : Transgression, théâtralisation, excès de soi et culture gay. Le chemsex en Belgique. *Sexologies*, 33(2), 109-121. <https://doi.org/10.1684/sexol.2024.40>
- Deutsch, M. B., Reisner, S. L., Peitzmeier, S., Potter, J., Pardee, D., & Hughto, J. M. (2020). Recent Penile Sexual Contact Is Associated With an Increased Odds of High-Risk Cervical Human Papillomavirus Infection in Transgender Men. *Sexually Transmitted Diseases*, 47(1), 48-53. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001072>
- Di Fini, G., Civilotti, C., Bolognino, A., Einaudi, G., Molo, M., Veglia, F., Gandino, G., & Finzi, S. (2025). The Burden of the Past: A Systematic Review of Childhood Trauma and Mental Health in Transgender and Gender Nonconforming Individuals. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(9), 183. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15090183>
- Disease Control And Prevention. (2020). *HIV Surveillance Report 2018 (updated)* (Numéro 31, p. 119).
- Djajic-Horváth, A. (2025). Magnus Hirschfeld. *Encyclopedia Britannica*.
- Dosanjh, L. H., Franklin, C., Castro, Y., Goosby, B., Conway, F. N., Champagne, F. A., Parra, L. A., Goldbach, J. T., & Kipke, M. D. (2025). Inflammation and minority stress: A moderated mediation model of childhood adversity and mental health in young men who have sex with men. *Social Science & Medicine*, 376, 118119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118119>
- Dotson, K. (2011). Tracking Epistemic Violence, Tracking Practices of Silencing. *Hypatia*, 26(2), 236-257. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2011.01177.x>
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565-575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Drongiti, A., & Brossard, B. (2024). Sociologie du suicide : approches contemporaines. *Déviance et Société*, 48(1), 7-20. <https://doi.org/10.3917/ds.481.0007>
- Dubin, S. N., Nolan, I. T., Streed, C. G., Greene, R. E., Radix, A. E., & Morrison, S. D. (2018). Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness. *Advances in Medical Education and Practice*, 9, 377-391. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S147183>

- DuBois, L. Z., & Juster, R.-P. (2022). Lived experience and allostatic load among trans-masculine people living in the United States. *Psychoneuroendocrinology*, *143*, 105849. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105849>
- Duveau, C., Hermans, L., & Jonker, H. (2025). *BELHEALTH : Résultats de la 7e vague - Octobre 2024*. Sciensano.
- Dyer, T. V., Turpin, R. E., Stall, R., Khan, M. R., Nelson, L. E., Brewer, R., Friedman, M. R., Mimiaga, M. J., Cook, R. L., O'Cleirigh, C., & Mayer, K. H. (2020). Latent Profile Analysis of a Syndemic of Vulnerability Factors on Incident Sexually Transmitted Infection in a Cohort of Black Men Who Have Sex With Men Only and Black Men Who Have Sex With Men and Women in the HIV Prevention Trials Network 061 Study. *Sexually Transmitted Diseases*, *47*(9), 571-579. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000001208>
- Dürubaum, 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. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1586615>
- Eaton, L. A., Pitpitan, E. V., Kalichman, S. C., Sikkema, K. J., Skinner, D., Watt, M. H., & Pieterse, D. (2013). Men who report recent male and female sex partners in Cape Town, South Africa: an understudied and underserved population. *Archives of Sexual Behavior*, *42*, 1299-1308. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0077-1>
- Emond, E. J., & Mason, D. W. (2002). A new rank correlation coefficient with application to the consensus ranking problem. *Journal of Multi-Criteria Decision Analysis*, *11*(1), 17-28. <https://doi.org/10.1002/mcda.313>
- Epskamp, S., & Fried, E. I. (2018). A tutorial on regularized partial correlation networks. *Psychological Methods*, *23*(4), 617-634. <https://doi.org/10.1037/met0000167>
- Epskamp, S., Borsboom, D., & Fried, E. I. (2018). Estimating psychological networks and their accuracy: A tutorial paper. *Behavior Research Methods*, *50*(1), 195-212. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0862-1>
- Epskamp, S., Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., Schmittmann, V. D., & Borsboom, D. (2012). qgraph: Network Visualizations of Relationships in Psychometric Data. *Journal of Statistical Software*, *48*, 1-18. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i04>
- Epskamp, S., Haslbeck, J. M. B., Isvoranu, A.-M., & Borkulo, C. D. van. (2022). Pairwise Markov Random Fields. In A.-M. Isvoranu, S. Epskamp, L. J. Waldorp, & D. Borsboom (éds.), *Network psychometrics with R: a guide for behavioral and social scientists* (First edition). New York, NY.

- Espineira, K. (2023). Savoirs trans : une lutte pour la légitimité. Des expériences associatives aux productions académiques. *Revue du Crieur*, 22(1), 4-11. <https://doi.org/10.3917/crieu.022.0004>
- European Centre For Disease Prevention And Control. (2022a). Chlamydia. In ECDC (éd.), *Annual Epidemiological Report for 2022*. ECDC.
- European Centre For Disease Prevention And Control. (2022b). Gonorrhoea. In ECDC (éd.), *Annual Epidemiological Report for 2022*. ECDC.
- European Centre For Disease Prevention And Control. (2022c). Syphilis. In ECDC (éd.), *Annual Epidemiological Report for 2022*. ECDC.
- European Union Agency For Fundamental Rights (éd.). (2024). *LGBTQI equality at a crossroads: progress and challenges: EU LGBTQI survey III*. Publications Office.
- Farmer, P. E., Nizeye, B., Stulac, S., & Keshavjee, S. (2006). Structural Violence and Clinical Medicine. *PLoS Medicine*, 3(10), e449. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030449>
- Fausto-Sterling, A. (2019). Gender/Sex, Sexual Orientation, and Identity Are in the Body: How Did They Get There?. *Journal of Sex Research*, 56(4-5), 529-555. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1581883>
- Ferlatte, O., Hottes, T. S., Trussler, T., & Marchand, R. (2014). Evidence of a syndemic among young Canadian gay and bisexual men: uncovering the associations between anti-gay experiences, psychosocial issues, and HIV risk. *AIDS and Behavior*, 18, 1256-1263. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0639-1>
- Ferlatte, O., Panwala, V., Rich, A. J., Scheim, A. I., Blackwell, E., Scott, K., Salway, T., & Knight, R. (2020). Identifying Health Differences Between Transgender and Cisgender Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex With Men Using a Community-Based Approach. *The Journal of Sex Research*, 57(8), 1005-1013. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1740148>
- Ferlatte, O., Salway, T., Samji, H., Dove, N., Gesink, D., Gilbert, M., Oliffe, J. L., Grennan, T., & Wong, J. (2018b). An Application of Syndemic Theory to Identify Drivers of the Syphilis Epidemic among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men. *Sexually Transmitted Diseases*, 45(3), 163-168. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000713>
- Ferlatte, O., Salway, T., Trussler, T., Oliffe, J. L., & Gilbert, M. (2018a). Combining intersectionality and syndemic theory to advance understandings of health inequities among Canadian gay, bisexual and other men who have sex with men. *Critical Public Health*, 28(5), 509-521. <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1380298>

- Finkelhor, D. (1994). Current Information on the Scope and Nature of Child Sexual Abuse. *The Future of Children*, 4(2), 31. <https://doi.org/10.2307/1602522>
- Flentje, A., Clark, K. D., Cicero, E., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., Saucedo, J., Neilands, T. B., Lunn, M. R., & Obedin-Maliver, J. (2022). Minority Stress, Structural Stigma, and Physical Health Among Sexual and Gender Minority Individuals: Examining the Relative Strength of the Relationships. *Annals of Behavioral Medicine*, 56(6), 573-591. <https://doi.org/10.1093/abm/kaab051>
- Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2019). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00120-6>
- Forbes, M. K., Neo, B., Nezami, O. M., Fried, E. I., Faure, K., Michelsen, B., Twose, M., & Dras, M. (2024). Elemental psychopathology: distilling constituent symptoms and patterns of repetition in the diagnostic criteria of the DSM-5. *Psychological Medicine*, 54(5), 886-894. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002544>
- Fournier, A. (2023). *Naviguer sa transition Une sociologie matérialiste des parcours trans-masculins dans le paysage de soin belge francophone*.
- Fox, T. (1960). The Personal Doctor and His Relation To the Hospital: Observations and Reflections on Some American Experiments in General Practice by Groups. *The Lancet*, 275(7127), 743-760. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(60\)90632-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(60)90632-2)
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. Oxford university press.
- Fricker, M., & Jenkins, K. (2017). Epistemic Injustice, Ignorance, and Trans Experiences. In A. Garry, S. J. Khader, & A. Stone (éds.), *The Routledge Companion to Feminist Philosophy* (1^{er} éd., p. 268-278). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315758152-23>
- Fried, E. I., & Robinaugh, D. J. (2020). Systems all the way down: embracing complexity in mental health research. *BMC Medicine*, 18(1), 205. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01668-w>
- Friedman, M. R., Kurtz, S. P., Buttram, M. E., Wei, C., Silvestre, A. J., & Stall, R. (2014). HIV risk among substance-using men who have sex with men and women (MSMW): findings from South Florida. *AIDS and Behavior*, 111-119. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0495-z>
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority Stress Theory: Application, Critique, and Continued Relevance. *Current Opinion in Psychology*, 101579. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579>

- Ganson, K. T., Mitchison, D., Rodgers, R. F., Murray, S. B., Testa, A., & Nagata, J. M. (2025). Eating disorders among an online sample of Canadian and American boys and men. *Eating Behaviors*, *57*, 101980. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2025.101980>
- Ganzeboom, H. B. G. (2010, mai). A New International Socio-Economic Index ISEI of occupational status for the International Standard Classification of Occupation 2008 [ISCO-08] Constructed with Data from The ISSP 2002-2007; With an analysis of quality of occupational measurement in ISSP. *Annual Conference of International Social Survey Programme*.
- Ganzeboom, H. B., De Graaf, P. M., & Treiman, D. J. (1992). A standard international socio-economic index of occupational status. *Social Science Research*, *21*(1), 1-56. [https://doi.org/10.1016/0049-089X\(92\)90017-B](https://doi.org/10.1016/0049-089X(92)90017-B)
- Gattrell, W. T., Logullo, P., Zuuren, E. J. van, Price, A., Hughes, E. L., Blazey, P., Winchester, C. C., Tovey, D., Goldman, K., Hungin, A. P., & Harrison, N. (2024). ACCORD (ACcurate COnsensus Reporting Document): A reporting guideline for consensus methods in biomedicine developed via a modified Delphi. *PLOS Medicine*, *21*(1), e1004326. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004326>
- GenIUSS Group. (2014). *Best Practices for Asking Questions to Identify Transgender and Other Gender Minority Respondents on Population-Based Surveys*. The Williams Institute.
- Gisle, L., & Drieskens, S. (2019). *Enquête de santé 2018 : Usage des drogues* (Numéro D/2019/14.44/68). Sciensano.
- Gisle, L., Duveau, C., & Hermans, L. (2025). *Enquête de santé 2023-2024 : Santé mentale* (Numéro D/2025.14.440/103). Sciensano.
- Gonzalez, C. A., Gallego, J. D., & Bockting, W. O. (2017). Demographic Characteristics, Components of Sexuality and Gender, and Minority Stress and Their Associations to Excessive Alcohol, Cannabis, and Illicit (Noncannabis) Drug Use Among a Large Sample of Transgender People in the United States. *The Journal of Primary Prevention*, *38*(4), 419-445. <https://doi.org/10.1007/s10935-017-0469-4>
- Gosselin, I. (2025). *#WECARE : Vers une maison de santé LGBTQIA+ inclusive et intersectionnelle à Bruxelles*. Observatoire du sida et des sexualités.
- Grands Carmes. (2025,). *Santé*.
- Grant, R. M., Lama, J. R., Anderson, P. L., McMahan, V., Liu, A. Y., Vargas, L., Goicochea, P., Casapía, M., Guanira-Carranza, J. V., Ramirez-Cardich, M. E., Montoya-Herrera, O., Fernández, T., Veloso, V. G., Buchbinder, S. P., Chariyalertsak, S., Schechter, M., Bekker, L.-G., Mayer, K. H., Kallás, E. G., ... Glidden, D. V. (2010). Preexposure Che-

- moprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *New England Journal of Medicine*, 363(27), 2587-2599. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1011205>
- Guadamuz, T. E., McCarthy, K., Wimonstae, W., Thienkrua, W., Varangrat, A., Chaikum-mao, S., Sangiamkittikul, A., Stall, R. D., & Griensven, F. van. (2014). Psychosocial Health Conditions and HIV Prevalence and Incidence in a Cohort of Men Who have Sex with Men in Bangkok, Thailand: Evidence of a Syndemic Effect. *AIDS and Behavior*, 18, 2089-2096. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0826-8>
- Gérome, C., Milhet, M., Tissot, N., & Madesclaire, T. (2024). *Chemsex, retour sur 15 ans d'usages de drogues en contexte sexuel*. Observatoire français des drogues et des tendances addictives.
- Haddaway, N. R., Page, M. J., Pritchard, C. C., & McGuinness, L. A. (2022). PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *Campbell Systematic Reviews*, 18(2), e1230. <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>
- Hakim, J. (2018). The rise of chemsex: queering collective intimacy in neoliberal London. *Cultural Studies*, 1-27. <https://doi.org/10.1080/09502386.2018.1435702>
- Halkitis, P. N., Kapadia, F., Bub, K. L., Barton, S., Moreira, A. D., & Stults, C. B. (2015). A Longitudinal Investigation of Syndemic Conditions Among Young Gay, Bisexual, and Other MSM: The P18 Cohort Study. *AIDS and Behavior*, 19, 970-980. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0892-y>
- Halkitis, P. N., Kupprat, S. A., Hampton, M. B., Perez-Figueroa, R., Kingdon, M., Eddy, J. A., & Ompad, D. C. (2012). Evidence for a Syndemic in Aging HIV-positive Gay, Bisexual, and Other MSM: Implications for a Holistic Approach to Prevention and Healthcare. *Annals of anthropological practice*, 36, 365-386. <https://doi.org/10.1111/napa.12009>
- Halkitis, P. N., Moeller, R. W., Siconolfi, D. E., Storholm, E. D., Solomon, T. M., & Bub, K. L. (2013). Measurement model exploring a syndemic in emerging adult gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, 17, 662-673. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0273-3>
- Hamel, C. (2020). *Violences intrafamiliales : les filles et les jeunes LGBT plus touchés. Face au droit, nous sommes tous égaux*. Etudes et résultats, Défenseur des droits.
- Haslbeck, J. M. B. (2022). Estimating group differences in network models using moderation analysis. *Behavior Research Methods*, 54(1), 522-540. <https://doi.org/10.3758/s13428-021-01637-y>

- Haslbeck, J. M. B., & Waldorp, L. J. (2018). How well do network models predict observations? On the importance of predictability in network models. *Behavior Research Methods*, *50*(2), 853-861. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0910-x>
- Haslbeck, J. M. B., & Waldorp, L. J. (2020). mgm: Estimating Time-Varying Mixed Graphical Models in High-Dimensional Data. *arXiv:1510.06871 [stat]*.
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, *135*(5), 707-730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>
- Hatzenbuehler, M. L., & Link, B. G. (2014). Introduction to the special issue on structural stigma and health. *Social Science and Medicine*, *103*, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.017>
- Hatzenbuehler, M. L., Lattanner, M. R., McKetta, S., & Pachankis, J. E. (2024). Structural stigma and LGBTQ+ health: a narrative review of quantitative studies. *The Lancet Public Health*, *9*(2), e109-e127. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00312-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00312-2)
- Hatzenbuehler, M. L., Rutherford, C., McKetta, S., Prins, S. J., & Keyes, K. M. (2020). Structural Stigma and All-Cause Mortality among Sexual Minorities: Differences by Sexual Behavior?. *Social science & medicine (1982)*, *244*, 112463. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112463>
- Hayes, A. M., & Andrews, L. A. (2020). A complex systems approach to the study of change in psychotherapy. *BMC Medicine*, *18*(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01662-2>
- Hays, R., & DiMatteo, M. R. (1987). A Short-Form Measure of Loneliness. *Journal of Personality Assessment*, *51*(1), 69-81. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5101_6
- 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*, 460-467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Herek, G. M. (2004). Beyond "Homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy*, *1*(2), 6-24. <https://doi.org/10.1525/srsp.2004.1.2.6>
- Herrick, A. L., Lim, S. H., Plankey, M. W., Chmiel, J. S., Guadamuz, T. E., Kao, U., Shoptaw, S., Carrico, A., Ostrow, D., & Stall, R. (2013). Adversity and syndemic production among men participating in the multicenter AIDS cohort study: a life-course approach. *American Journal of Public Health*, *103*, 79-85. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300810>

- Hibbert, M. P., Hillis, A., Brett, C. E., Porcellato, L. A., & Hope, V. D. (2021). A narrative systematic review of sexualised drug use and sexual health outcomes among LGBT people. *International Journal of Drug Policy*, *93*, 103187. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103187>
- Hickson, F., Appenroth, M., Koppe, U., Schmidt, A. J., Reid, D., & Weatherburn, P. (2020). Sexual and Mental Health Inequalities across Gender Identity and Sex-Assigned-at-Birth among Men-Who-Have-Sex-with-Men in Europe: Findings from EMIS-2017. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(20), 7379. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207379>
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2020). The emperor's new clothes? A critical look at the interpersonal theory of suicide. *Death Studies*, *44*(3), 168-178. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1527796>
- Holt, N. R., Hope, D. A., Mocarski, R., & Woodruff, N. (2023). The Often-Circuitous Path to Affirming Mental Health Care for Transgender and Gender-Diverse Adults. *Current Psychiatry Reports*, *25*(3), 105-111. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01410-2>
- Hottes, T. S., Ferlatte, O., & Gesink, D. (2015). Suicide and HIV as leading causes of death among gay and bisexual men: a comparison of estimated mortality and published research. *Critical Public Health*, *25*(5), 513-526. <https://doi.org/10.1080/09581596.2014.946887>
- Hyman, S. E. (2010). The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*(1), 155-179. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>
- Inserm. (2024). *Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE*.
- Institute Of Medicine. (2011). Context for LGBT Health Status in the United States. In *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. The National Academies Press.
- International Labour Office. (2012). *International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08): Structure, group definitions and correspondence tables (Vol. 1)*. International Labour Office.
- Irwig, M. S. (2016). Transgender Care by Endocrinologists in the United States. *Endocrine Practice*, *22*(7), 832-836. <https://doi.org/10.4158/EP151185.OR>
- Isvoranu, A.-M., & Epskamp, S. (2021). Which estimation method to choose in network psychometrics? Deriving guidelines for applied researchers. *Psychological Methods*. <https://doi.org/10.1037/met0000439>

- Isvoranu, A.-M., & Epskamp, S. (2022). Constructing and Drawing Networks in qgraph. In A.-M. Isvoranu, S. Epskamp, L. J. Waldorp, & D. Borsboom (éds.), *Network psychometrics with R: a guide for behavioral and social scientists* (First edition). New York, NY.
- Jahn, T., Bergmann, M., & Keil, F. (2012). Transdisciplinarity: Between mainstreaming and marginalization. *Ecological Economics*, 79, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2012.04.017>
- Janssen, D. F. (2024). Monosexual/Plurisexual: A Concise History. *Journal of Homosexuality*, 71(8), 1839-1862. <https://doi.org/10.1080/00918369.2023.2218957>
- Jaunait, A. (2020). Genèses du droit de l'identité de genre. Approche des configurations sociojuridiques. *Droit et société*, 2, 429. <https://doi.org/10.3917/drs1.105.0429>
- Jin, J., Sun, R., Mu, T., Jiang, T., Dai, L., Lu, H., Ren, X., Chen, J., Ye, J., Sun, L., Wu, H., Zhang, T., Zou, H., & Su, B. (2022). Awareness and Use of Post-exposure Prophylaxis for HIV Prevention Among Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Medicine*, 8, 783626. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.783626>
- Johnson, P. O., & Neyman, J. (1936). Tests of certain linear hypotheses and their application to some educational problems. *Statistical Research Memoirs*, 1, 57-93.
- Joiner, T. E., & Van Orden, K. A. (2008). The Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior Indicates Specific and Crucial Psychotherapeutic Targets. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(1), 80-89. <https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.1.80>
- Jones, A. (2020). Where The Trans Men and Enbies At?: Cissexism, Sexual Threat, and the Study of Sex Work. *Sociology Compass*, 14(2), e12750. <https://doi.org/10.1111/soc4.12750>
- Jourdan, M. C., & Keenan, H. B. (2022). Our Selves. In L. Erickson-Schroth & L. Erickson-Schroth (éds.), *Trans Bodies, Trans Selves: A Resource by and for Transgender Communities* (Second Edition, Second Edition). Oxford University Press.
- Juster, R.-P. (2019). Sex \texttimes{} Gender and Sexual Orientation in Relation to Stress Hormones and Allostatic Load. *Gender and the Genome*, 3, 2470289719862555. <https://doi.org/10.1177/2470289719862555>
- Juster, R.-P., Rutherford, C., Keyes, K., & Hatzenbuehler, M. L. (2024). Associations Between Structural Stigma and Allostatic Load Among Sexual Minorities: Results From a Population-Based Study. *Psychosomatic Medicine*, 86(3), 157-168. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001289>

- Jünger, S., Payne, S. A., Brine, J., Radbruch, L., & Brearley, S. G. (2017). Guidance on Conducting and REporting DELphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative Medicine*, 31(8), 684-706. <https://doi.org/10.1177/0269216317690685>
- Keygnaert, I., De Schrijver, L., Cismaru Inescu, A., Schapansky, E., Nobels, A., Hahaut, B., Stappers, C., Debauw, Z., Lemonne, A., Renard, B., Weewauters, M., Nisen, L., Vander Beken, T., & Vandeviver, C. (2021). *Understanding the Mechanisms, Nature, Magnitude and Impact of Sexual Violence in Belgium. Final Report* (Numéro BR/175/A5/UN-MENAMAI, p. 117). Belgian Science Policy Office.
- Kia, H., MacKinnon, K. R., Abramovich, A., & Bonato, S. (2021). Peer support as a protective factor against suicide in trans populations: A scoping review. *Social Science & Medicine*, 279, 114026. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114026>
- King, W. M., Restar, A., & Operario, D. (2021). Exploring Multiple Forms of Intimate Partner Violence in a Gender and Racially/Ethnically Diverse Sample of Transgender Adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(19–20), NP10477-NP10498. <https://doi.org/10.1177/0886260519876024>
- Kinitz, D. J., Ross, L. E., MacEachen, E., & Gesink, D. (2025). 'How can you worry about employment and survival at the same time?': employment and mental health among precariously employed cisgender and transgender sexual minority adult men in Toronto, Canada. *Culture, health & sexuality*, 27(7), 884-899. <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2408349>
- Klein, H. (2011). Using a syndemics theory approach to study HIV risk taking in a population of men who use the internet to find partners for unprotected sex. *American Journal of Men's Health*, 5(6), 466-476. <https://doi.org/10.1177/1557988311398472>
- Klinger, D., Oehlke, S.-M., Riedl, S., Eschbaum, K., Zesch, H. E., Karwautz, A., Plener, P. L., & Kothgassner, O. D. (2024). Mental health of non-binary youth: a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 126. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00822-z>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Koehler, A., Strauss, B., Briken, P., Szuecs, D., & Nieder, T. O. (2021). Centralized and Decentralized Delivery of Transgender Health Care Services: A Systematic Review and a Global Expert Survey in 39 Countries. *Frontiers in Endocrinology*, 12.
- 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. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00460-3>
- Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2018). Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 271-275. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9452-5>
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677. <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>
- Krieger, N. (2005). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(5), 350-355. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>
- Krieger, N. (2020). Measures of Racism, Sexism, Heterosexism, and Gender Binarism for Health Equity Research: From Structural Injustice to Embodied Harm—An Ecosocial Analysis. *Annual Review of Public Health*, 41(Volume41, 2020), 37-62. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094017>
- Krieger, N. (2024). Theorizing epidemiology, the stories bodies tell, and embodied truths: a status update on contending 21st c CE epidemiological theories of disease distribution. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 54(4), 331-342. <https://doi.org/10.1177/27551938241269188>
- Kroenke, K., Strine, T. W., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Berry, J. T., & Mokdad, A. H. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 163-173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.026>
- Kurtz, S. P., Buttram, M. E., Surratt, H. L., & Stall, R. D. (2012). Resilience, syndemic factors, and serosorting behaviors among HIV-positive and HIV-negative substance-using MSM. *AIDS Education and Prevention*, 24(3), 193-205. <https://doi.org/10.1521/aeap.2012.24.3.193>
- Lange, J. de, Baams, L., Bergen, D. D. van, 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. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0106>
- Lassiter, J. M., & Parsons, J. T. (2016). Religion and Spirituality's Influences on HIV Syndemics Among MSM: A Systematic Review and Conceptual Model. *AIDS and Behavior*, 20, 461-472. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1173-0>

- Le Breton, M. (2015). Homophobie: contre le suicide des homosexuels, bi et trans, la campagne choc de l'Inter-LGBT. *Le HuffPost*.
- Leatherman, T. L., & Goodman, A. H. (2022). Critical Biocultural Approaches to Health and Illness. In M. Singer, P. I. Erickson, & C. E. Abadía-Barrero (éds.), *A Companion to Medical Anthropology* (2^e éd., p. 26-48). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119718963.ch2>
- Leblanc, N. M., Crean, H. F., Dyer, T. P., Zhang, C., Turpin, R., Zhang, N., Smith, M. D. R., McMahon, J., & Nelson, L. (2021). Ecological and Syndemic Predictors of Drug Use During Sex and Transactional Sex among U.S. Black Men Who Have Sex with Men: A Secondary Data Analysis from the HPTN 061 Study. *Archives of sexual behavior*, 50(5), 2031-2047. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01871-z>
- Leck, R. M. (2016). Inventing Sexual Liberalism. In *Vita sexualis: Karl Ulrichs and the origins of sexual science* (p. 33-68). University of Illinois Press.
- Lecompte, A., Serrien, B., Bensemmane, S., De Baetselier, I., Van Den Bossche, D., Deblonde, J., & Van Beckhoven, D. (2024). *Surveillance des infections sexuellement transmissibles. Situation épidémiologique au 31 décembre 2023*. Sciensano (Belgium). <https://doi.org/10.25608/408R-BK15>
- Lee, J. S., Bainter, S. A., Carrico, A. W., Glynn, T. R., Rogers, B. G., Albright, C., O'Cleirigh, C., Mayer, K. H., & Safren, S. A. (2020a). Connecting the dots: a comparison of network analysis and exploratory factor analysis to examine psychosocial syndemic indicators among HIV-negative sexual minority men. *Journal of Behavioral Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00148-z>
- Lee, J. S., Bainter, S. A., Tsai, A. C., Andersen, L. S., Stanton, A. M., Magidson, J. F., Kagee, A., Joska, J. A., O'Cleirigh, C., & Safren, S. A. (2022). Intersecting Relationships of Psychosocial and Structural Syndemic Problems Among People with HIV in South Africa: Using Network Analysis to Identify Influential Problems. *AIDS and Behavior*, 27(6), 1741-1756. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03906-z>
- Lee, J. S. et al. (2024). A systematic comparison of additive and interaction approaches to modeling the effects of syndemic problems on HIV outcomes in South Africa. *Journal of Behavioral Medicine*, 47(6), 1028-1039. <https://doi.org/10.1007/s10865-024-00517-y>
- Lee, J. S., Safren, S. A., Bainter, S. A., Rodríguez-Díaz, C. E., Horvath, K. J., & Blashill, A. J. (2020b). Examining a Syndemics Network Among Young Latino Men Who Have Sex with Men. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27, 39-51. <https://doi.org/10.1007/s12529-019-09831-1>

- Lee, W. Y. et al. (2024). State-level anti-transgender laws increase past-year suicide attempts among transgender and non-binary young people in the USA. *Nature Human Behaviour*, 8(11), 2096-2106. <https://doi.org/10.1038/s41562-024-01979-5>
- Lennon, E., & Mistler, B. J. (2014). Cisgenderism. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1(1-2), 63-64. <https://doi.org/10.1215/23289252-2399623>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science: IS*, 5(69). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Lewis, H. (2022). Terms of the debate. In *The politics of everybody: feminism, queer theory and marxism at the intersection* (Revised edition). Bloomsbury Academic.
- Lewis, N. M., & Wilson, K. (2017). HIV risk behaviours among immigrant and ethnic minority gay and bisexual men in North America and Europe: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 179, 115-128. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.033>
- Li, R., Cai, Y., Wang, Y., Sun, Z., Zhu, C., Tian, Y., Jiang, X., & Gan, F. (2016). Psychosocial syndemic associated with increased suicidal ideation among men who have sex with men in Shanghai, China. *Health Psychology*, 35(2), 148-156. <https://doi.org/10.1037/hea0000265>
- Libois, A., Florence, E., Derdelinckx, I., Yombi, J. C., Henrard, S., Uurlings, F., Vandecasteele, S., Allard, S. D., Demeester, R., Van Wanseele, F., Ausselet, N., & De Wit, S. (2018). Belgian guidelines for non-occupational HIV post-exposure prophylaxis 2017. *Acta Clinica Belgica*, 73(4), 275-280. <https://doi.org/10.1080/17843286.2018.1428506>
- Linander, I., Lundberg, T., & Alm, E. (2024). The gender minority stress model and/or cisnormativity? The need for pluralistic theoretical perspectives in improving trans health and medicine. *Social Science & Medicine*, 351, 116957. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116957>
- Lindley, L., & Galupo, M. P. (2020). Gender dysphoria and minority stress: Support for inclusion of gender dysphoria as a proximal stressor. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(3), 265-275. <https://doi.org/10.1037/sgd0000439>
- Little, R. J. A. (1988). A Test of Missing Completely at Random for Multivariate Data with Missing Values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(404), 1198-1202. <https://doi.org/10.1080/01621459.1988.10478722>
- Litzroth, A., Suin, V., Wyndham-Thomas, C., Quoilin, S., Muylldermans, G., Vanwolleghem, T., Kabamba-Mukadi, B., Verburgh, V., Jacques, M., Van Gucht, S., & Hutse, V. (2019). Low hepatitis C prevalence in Belgium: implications for treatment reimburse-

- ment and scale up. *BMC Public Health*, 19(39). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6347-z>
- Liu, M., Cai, X., Hao, G., Li, W., Chen, Q., Chen, Y., & Xiong, P. (2021). Prevalence of Intimate Partner Violence Among Men Who Have Sex With Men: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Sexual Medicine*, 9(6), 100433. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100433>
- Long, J. A. (2024, juillet). *interactions: Comprehensive, User-Friendly Toolkit for Probing Interactions*.
- Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. (2021). A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC Psychiatry*, 21(1), 315. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03321-z>
- Lyons, T., Johnson, A. K., & Garofalo, R. (2013). "What Could Have Been Different": A Qualitative Study of Syndemic Theory and HIV Prevention among Young Men Who Have Sex with Men. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 12(3-4), 368-383. <https://doi.org/10.1080/15381501.2013.816211>
- MacDowall, L. (2009). Historicising Contemporary Bisexuality. *Journal of Bisexuality*, 9(1), 3-15. <https://doi.org/10.1080/15299710802659989>
- Maiorana, A., Kegeles, S. M., Brown, S., Williams, R., & Arnold, E. A. (2020). Substance use, intimate partner violence, history of incarceration and vulnerability to HIV among young Black men who have sex with men in a Southern US city. *Culture, health & sexuality*. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1688395>
- March, J. C., Oviedo-Joekes, E., & Romero, M. (2006). Drugs and social exclusion in ten European cities. *European Addiction Research*, 12(1), 33-41. <https://doi.org/10.1159/000088581>
- Marchi, M., Ferrazzi, G., Pollice, G., Pingani, L., Ferrari, S., Ventriglio, A., & Galeazzi, G. M. (2025). Mental Health in Sexual and Gender Minority Populations: A Systematic Review of Systematic Reviews With Narrative Synthesis and a Network Meta-Analysis of Suicide Attempts. *International Journal of Social Psychiatry*, 00207640251367069. <https://doi.org/10.1177/00207640251367069>
- Marchi, M., Travascio, A., Uberti, D., Micheli, E. D., 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. <https://doi.org/10.1017/S2045796023000586>
- Marignier, N. (2018). La prolifération des catégories de l'identité sexuelle: Enjeux politico-discursifs. *L'Homme & la Société*, 208(3), 63-82. <https://doi.org/10.3917/lhs.208.0063>

- Marsh, I. (2020). The Social Production of Psychocentric Knowledge in Suicidology. *Social Epistemology*, 34(6), 544-554. <https://doi.org/10.1080/02691728.2020.1725920>
- Marshall, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., Thoma, B. C., Murray, P. J., D'Augelli, A. R., & Brent, D. A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health*, 49(2), 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.02.005>
- Martinez, O., Arreola, S., Wu, E., Muñoz-Laboy, M., Levine, E. C., Rutledge, S. E., Hausmann-Stabile, C., Icard, L., Rhodes, S. D., Carballo-Diéguez, A., Rodríguez-Díaz, C. E., Fernandez, M. I., & Sandfort, T. (2016). Syndemic factors associated with adult sexual HIV risk behaviors in a sample of Latino men who have sex with men in New York City. *Drug and alcohol dependence*, 166, 258-262. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.06.033>
- Martinez, O., Brady, K. A., Levine, E., Page, K. R., Zea, M. C., Yamanis, T. J., Grieb, S., Shinefeld, J., Ortiz, K., Davis, W. W., Mattera, B., Martinez-Donate, A., Chavez-Baray, S., & Moya, E. M. (2020). Using Syndemics Theory to Examine HIV Sexual Risk Among Latinx Men Who Have Sex with Men in Philadelphia, PA: Findings from the National HIV Behavioral Surveillance. *EHQUIDAD. Revista Internacional De Políticas De Bienestar Y Trabajo Social*, 13(101643738), 217-236. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2020.0009>
- Marzetti, H., Cooper, C., Mason, A., Eijk, N. L. van, Gunn, J., Kavalidou, K., Zortea, T. C., & Nielsen, E. (2024). LGBTQ+ suicide – a call to action for researchers and governments on the politics, practices, and possibilities of LGBTQ+ suicide prevention. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/A000950>
- Marzetti, H., McDaid, L., & O'Connor, R. (2022). "Am I really alive?": Understanding the role of homophobia, biphobia and transphobia in young LGBT+ people's suicidal distress. *Social Science & Medicine*, 298, 114860. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114860>
- McEwen, B. S. (1993). Stress and the Individual: Mechanisms Leading to Disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093. <https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410180039004>
- Medina, J. (2017). Varieties of Hermeneutical Injustice. In I. J. Kidd, J. Medina, & G. J. Pohlhaus (éds.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315212043>

- Meites, E., Wilkin, T. J., & Markowitz, L. E. (2022). Review of human papillomavirus (HPV) burden and HPV vaccination for gay, bisexual, and other men who have sex with men and transgender women in the United States. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(1), 2016007. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.2016007>
- Mendenhall, E. (2012). *Syndemic Suffering : Social Distress, Depression, and Diabetes among Mexican Immigrant Women*. Routledge.
- Mendenhall, E., & Singer, M. (2020). What constitutes a syndemic? Methods, contexts, and framing from 2019. *Current Opinion in HIV and AIDS*. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000628>
- Menzies, R. J., Reaume, G., & LeFrançois, B. A. (éds.). (2013). *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Canadian Scholars' Press.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56.
- 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), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H., Pachankis, J. E., & Klein, D. N. (2021). Do Genes Explain Sexual Minority Mental Health Disparities?. *Archives of Sexual Behavior*, 50(3), 731-737. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01909-2>
- 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>
- Mikulak, M. (2021). For whom is ignorance bliss? Ignorance, its functions and transformative potential in trans health. *Journal of Gender Studies*, 30(7), 819-829. <https://doi.org/10.1080/09589236.2021.1880884>
- Mimiaga, M. J., O'Cleirigh, C., Biello, K. B., Robertson, A. M., Safren, S. A., Coates, T. J., Koblin, B. A., Chesney, M. A., Donnell, D. J., Stall, R. D., & Mayer, K. H. (2015). The Effect of Psychosocial Syndemic Production on 4-Year HIV Incidence and Risk Behavior in a Large Cohort of Sexually Active Men Who Have Sex With Men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 68(3), 329-336. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000475>
- Moeller, R. W., Halkitis, P. N., & Surrence, K. (2011). The interplay of syndemic production and serosorting in drug-using gay and bisexual men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 23(1), 89-106. <https://doi.org/10.1080/10538720.2010.538007>

- Monro, S. (2015). Introduction. In S. Monro (éd.), *Bisexuality: Identities, Politics, and Theories* (p. 1-30). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781137007315_1
- Muravyov, S. V., & Emelyanova, E. Y. (2021). Kemeny rule for preference aggregation: Reducing all exact solutions to a single one. *Measurement*, *182*, 109403. <https://doi.org/10.1016/j.measurement.2021.109403>
- Mustanski, B., Andrews, R., Herrick, A., Stall, R., & Schnarrs, P. W. (2014). A Syndemic of Psychosocial Health Disparities and Associations With Risk for Attempting Suicide Among Young Sexual Minority Men. *American Journal of Public Health*, *104*, 287-294. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301744>
- Mustanski, B., Phillips, G., Ryan, D. T., Swann, G., Kuhns, L., & Garofalo, R. (2017). Prospective Effects of a Syndemic on HIV and STI Incidence and Risk Behaviors in a Cohort of Young Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior*, *21*(3), 845-857. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1607-3>
- Muñoz-Laboy, M., Martinez, O., Levine, E. C., Mattera, B. T., & Isabel Fernandez, M. (2018). Syndemic Conditions Reinforcing Disparities in HIV and Other STIs in an Urban Sample of Behaviorally Bisexual Latino Men. *Journal of immigrant and minority health*, *20*(2), 497-501. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0568-6>
- Nagata, J. M., Ganson, K. T., & Austin, S. B. (2020a). Emerging Trends in Eating Disorders among Sexual and Gender Minorities. *Current opinion in psychiatry*, *33*(6), 562-567. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000645>
- Nagata, J. M., Murray, S. B., Compte, E. J., Pak, E. H., Schauer, R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., Lunn, M. R., & Obedin-Maliver, J. (2020b). Community norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among transgender men and women. *Eating Behaviors*, *37*, 101381. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101381>
- Nanner, H. (2021). The effect of assisted dying on suicidality: a synthetic control analysis of population suicide rates in Belgium. *Journal of Public Health Policy*, *42*(1), 86-97. <https://doi.org/10.1057/s41271-020-00249-8>
- Ng, R., Guadamuz, T., Akbar, M., Kamarulzaman, A., & Lim, S. (2020). Association of co-occurring psychosocial health conditions and HIV infection among MSM in Malaysia: Implication of a syndemic effect. *International Journal of STD & AIDS*, *31*(6), 568-578. <https://doi.org/10.1177/0956462420913444>
- Nouri, E., Moradi, Y., & Moradi, G. (2022). What is the global prevalence of depression among men who have sex with men? A systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, *21*(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12991-022-00414-1>

- Nouri, E., Moradi, Y., & Moradi, G. (2023). The global prevalence of suicidal ideation and suicide attempts among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Medical Research*, 28(1), 361. <https://doi.org/10.1186/s40001-023-01338-6>
- O'Connor, R. C. (2011). The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. *Crisis*, 32(6), 295-298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>
- Oginni, O. A., Mapayi, B. M., Afolabi, O. T., Ebuenyi, I. D., Akinsulore, A., & Mosaku, K. S. (2019). Association between risky sexual behavior and a psychosocial syndemic among nigerian men who have sex with men. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 23(2), 168-185. <https://doi.org/10.1080/19359705.2018.1552640>
- Operario, D., & Nemoto, T. (2010). HIV in transgender communities: Syndemic dynamics and a need for multicomponent interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 55(SUPPL.2). <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181fbc9ec>
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with Clinical and Nonclinical Samples. *Assessment*, 8(4), 443-454. <https://doi.org/10.1177/107319110100800409>
- Ouafik, M. (2021b,). *Syndemic theory applied on MSM : data from the scoping review*. <http://lookerstudio.google.com/reporting/56c1e17a-fa3f-47e9-9516-d3d0eef7ec1b/page/EprhC?feature=opengraph>.
- Ouafik, M. (2021a, octobre). *Mapping the current knowledge in syndemic research applied to Men who have Sex with Men : data for the Scoping Review*. OSF. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/G6EK9>
- Ouafik, M. (2022). *L'initiation et le suivi du traitement hormonal d'affirmation de genre en médecine générale*.
- Ouafik, M. R., Buret, L., & Scholtes, B. (2022). Mapping the current knowledge in syndemic research applied to men who have sex with men: A scoping review. *Social science & medicine (1982)*, 306(ut9, 8303205), 115162. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115162>
- Ouafik, M., & Fournier, A. (2024, novembre). Formation Compé ·ac ·ac : développer l'expertise en santé trans en première ligne. *Congrès du Collège de Médecine Générale*.
- Ouafik, M., Buret, L., Belche, J.-L., & Scholtes, B. (2020). Mapping the current knowledge in syndemic research applied to men who have sex with men: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 10(11), e41238. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041238>

- Outram, S. M., Koester, K. A., Moran, L., Steward, W. T., & Arnold, E. A. (2024). Syndemic Theory and Its Use in Developing Health Interventions and Programming: A Scoping Review. *Current HIV/AIDS Reports*, 21(6), 309-322. <https://doi.org/10.1007/s11904-024-00707-y>
- Outram, S. M., Koester, K. A., Moran, L., Steward, W. T., & Arnold, E. A. (2025). 'It's not discrete, it's not going to be easy': A qualitative analysis of the practical application of syndemic theory in healthcare. *Global Public Health*, 20(1), 2504704. <https://doi.org/10.1080/17441692.2025.2504704>
- Pachankis, J. E. (2015). A Transdiagnostic Minority Stress Treatment Approach for Gay and Bisexual Men's Syndemic Health Conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 44(7), 1843-1860. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0480-x>
- 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), 875-889. <https://doi.org/10.1037/ccp0000037>
- Pantalone, D. W., Nelson, K. M., Batchelder, A. W., Chiu, C., Gunn, H. A., & Horvath, K. J. (2020). A Systematic Review and Meta-Analysis of Combination Behavioral Interventions Co-Targeting Psychosocial Syndemics and HIV-Related Health Behaviors for Sexual Minority Men. *The Journal of Sex Research*, 57, 681-708. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1728514>
- Paternotte, D. (2025). Gay : une catégorie en voie d'extinction ?. *La Revue Nouvelle*, 257(7), 51-56. <https://doi.org/10.3917/rn.257.0051>
- 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. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305774>
- 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>
- Perlman, D. C., & Jordan, A. E. (2018). The Syndemic of Opioid Misuse, Overdose, HCV, and HIV: Structural-Level Causes and Interventions. *Current HIV/AIDS Reports*, 15(2), 96-112. <https://doi.org/10.1007/s11904-018-0390-3>

- Perrin, L., Renard, J., & Grandjean, G. (2024). *Les risques de précarité encourus par les personnes LGBT en matière de logement et de santé en Région wallonne. Rapport de recherche*. Institut de la décision publique.
- Perry, N. S., Nelson, K. M., & Carey, M. P. (2019). Diversity of Psychosocial Syndemic Indicators and Associations with Sexual Behavior with Male and Female Partners Among Early Adolescent Sexual Minority Males. *LGBT Health*, 6(8), 386-392. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0113>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIE evidence synthesis*, 18(10), 2119-2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Petticrew, M., Knai, C., Thomas, J., Rehfuss, E. A., Noyes, J., Gerhardus, A., Grimshaw, J. M., Rutter, H., & McGill, E. (2019). Implications of a complexity perspective for systematic reviews and guideline development in health decision making. *BMJ Global Health*, 4(Suppl1). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000899>
- Pezeril, C. (2020). De l'invisibilité au déni de l'intersectionnalité : les plaintes pour discrimination liée au VIH en Belgique. *Émulations. Revue de sciences sociales*, 35-36, 95-108. <https://doi.org/10.14428/emulations.03536.07>
- Philbin, M. M., Wurtz, H. M., McCrimmon, T., Kelly, E., Homan, P., & Guta, A. (2023). How social policies shape the health and well-being of sexual- and gender-minority youth: Pathways of influence, social side effects and implications for life course trajectories. *Social Science & Medicine*, 317, 115624. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115624>
- Pignedoli, C., & Rivest, P. (2024). The gender of PrEP: Transgender men negotiating legitimacy in France. *Social Science & Medicine*, 348, 116842. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116842>
- Pilling, M. D. (2022). Reclaiming the Lunatic Fringe: Toward a Mad-Queer-Trans Lens. In *Queer and Trans Madness: Struggles for Social Justice* (p. 29-62). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-90413-5>
- Pinna, F., Paribello, P., Somaini, G., Corona, A., Ventriglio, A., Corrias, C., Frau, I., Murgia, R., El Kacemi, S., Galeazzi, G. M., Mirandola, M., Amaddeo, F., Crapanzano, A., Converti, M., Piras, P., Suprani, F., Manchia, M., Fiorillo, A., Carpiniello, B., & LGBTQI Mental Health. (2022). Mental health in transgender individuals: a systematic review. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 34(3-4), 292-359. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2093629>

- Pitpitan, E. V., Smith, L. R., Goodman-Meza, D., Torres, K., Semple, S. J., Strathdee, S. A., & Patterson, T. L. (2016). "Outness" as a Moderator of the Association Between Syndemic Conditions and HIV Risk-Taking Behavior Among Men Who Have Sex with Men in Tijuana, Mexico. *AIDS and Behavior*, 20, 431-438. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1172-1>
- Platteau, T., Herrijgers, C., Barvaux, V., Vanden Berghe, W., Apers, L., & Vanbaelen, T. (2025). Chemsex and its impact on gay and bisexual men who have sex with men: Findings from an online survey in Belgium. *HIV medicine*, 26(2), 295-301. <https://doi.org/10.1111/hiv.13717>
- Platteau, T., Pebody, R., Dunbar, N., Lebacqz, T., & Collins, B. (2019). The problematic chemsex journey: a resource for prevention and harm reduction. *Drugs and Alcohol Today*, 19(1), 49-54. <https://doi.org/10.1108/DAT-11-2018-0066>
- Pollard, A., Nadarzynski, T., & Llewellyn, C. (2018). Syndemics of stigma, minority-stress, maladaptive coping, risk environments and littoral spaces among men who have sex with men using chemsex. *Culture, health & sexuality*, 20(4), 411-427. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1350751>
- Poteat, T. C., Reisner, S. L., Wirtz, A. L., Mayo-Wilson, L. J., Brown, C., Kornbluh, W., Humphrey, A., & Perrin. (2024). A Microfinance Intervention With or Without Peer Support to Improve Mental Health Among Transgender and Nonbinary Adults (the Creating Access to Resources and Economic Support Study): Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 13. <https://doi.org/10.2196/63656>
- Poteat, T., German, D., & Flynn, C. (2016). The conflation of gender and sex: Gaps and opportunities in HIV data among transgender women and MSM. *Global public health*, 7-8, 835. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134615>
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>
- Powell, H. A., & Cochran, B. N. (2021). Mental health providers' biases, knowledge, and treatment decision making with gender-minority clients. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 8(4), 451-457. <https://doi.org/10.1037/sgd0000444>
- Prearo, M. (2015). La naissance de la formule << LGBT >> en France et en Italie : une analyse comparative des discours de mobilisation. *Cultures & Conflits*, 97, 77-95. <https://doi.org/10.4000/conflits.18956>
- Proctor, R. N. (2008). Agnotology: A Missing Term to Describe the Cultural Production of Ignorance (and Its Study). In R. N. Proctor & L. Schiebinger (éds.), *Agnotology: the making and unmaking of ignorance*. Stanford University Press.

- Quinn, K. G. (2019). Applying an intersectional framework to understand syndemic conditions among young Black gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Social science & medicine (1982)*, 295(ut9, 8303205), 112779. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112779>
- R Core Team. (2025,). *R: A language and environment for statistical computing*.
- Radford, K., Wishart, E., & Martin, R. (2019). *Evaluating DISCHARGED Suicide Peer Support*.
- Rajkumar, R. P. (2025). Theoretical Models of Suicide. In S. M. Y. Arafat & S. K. Kar (éds.), *Ecological and Social Determinants of Suicidal Behavior* (p. 1-46). Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-981-96-4028-7_1
- Rebucini, G. (2016). Marxisme queer : approches matérialistes des identités sexuelles. In M. Cervulle, N. Quemener, & F. Vörös (éds.), *Matérialismes, culture & communication* (p. 213-226). Les Presses des Mines. <https://doi.org/10.3917/mines.cervu.2016.01.0213>
- Reidy, A., & Barranco, S. P. (2023). *Intersections: Diving into the FRA LGBTI II Survey Data. Homeless Briefing*. ILGA Europe & FEANTSA.
- Reisner, S. L., Moore, C. S., Asquith, A., Pardee, D. J., & Mayer, K. H. (2020). Gender Non-affirmation from Cisgender Male Partners: Development and Validation of a Brief Stigma Scale for HIV Research with Transgender Men Who Have Sex with Men (Trans MSM). *AIDS and Behavior*, 24(1), 331-343. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02749-5>
- Reisner, S. L., Moore, C. S., Asquith, A., Pardee, D. J., Sarvet, A., Mayer, G., & Mayer, K. H. (2019). High risk and low uptake of pre-exposure prophylaxis to prevent HIV acquisition in a national online sample of transgender men who have sex with men in the United States. *Journal of the International AIDS Society*, 22(9), e25391. <https://doi.org/10.1002/jia2.25391>
- Reisner, S. L., White Hughto, J. M., Pardee, D., & Sevelius, J. (2016). Syndemics and gender affirmation: HIV sexual risk in female-to-male trans masculine adults reporting sexual contact with cisgender males. *International Journal of STD & AIDS*, 27(11), 955-966. <https://doi.org/10.1177/0956462415602418>
- Reynish, T., Hoang, H., Bridgman, H., & Nic Giolla Easpaig, B. (2023). Barriers and enablers to mental health help seeking of sexual, gender, and erotic minorities: A systematic literature review. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 27(2), 129-150. <https://doi.org/10.1080/19359705.2022.2036666>

- Rivest, P. (2022). La santé sexuelle des hommes trans-: entre problèmes de catégorisation et invisibilisation. *Santé Publique*, 34(HS2), 37-48. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0037>
- Rooney, B. M., Tulloch, T. G., & Blashill, A. J. (2018). Psychosocial Syndemic Correlates of Sexual Compulsivity Among Men Who Have Sex with Men: A Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 47(1), 75-93. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1032-3>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
- Salway, T., Ross, L. E., Fehr, C. P., Burley, J., Asadi, S., Hawkins, B., & Tarasoff, L. A. (2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of Disparities in the Prevalence of Suicide Ideation and Attempt Among Bisexual Populations. *Archives of Sexual Behavior*, 48(1), 89-111. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1150-6>
- Santoniccolo, F., & Rollè, L. (2024). The role of minority stress in disordered eating: a systematic review of the literature. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 29(1), 41. <https://doi.org/10.1007/s40519-024-01671-7>
- Satyanarayana, S., Saffren, S. A., Rogers, B. G., Bainter, S. A., Christopoulos, K. A., Fredericksen, R. J., Mathews, W. C., Moore, R. D., Mugavero, M. J., Napravnik, S., Carrico, A. W., Mimiaga, M. J., Mayer, K. H., & Crane, H. M. (2021). Estimating HIV transmissions in a large U.S. clinic-based sample: effects of time and syndemic conditions. *Journal of the International AIDS Society*, 24(3), e25679. <https://doi.org/10.1002/jia2.25679>
- Scheer, J. R., Clark, K. A., Maiolatesi, A. J., & Pachankis, J. E. (2021). Syndemic profiles and sexual minority men's hiv-risk behavior: A latent class analysis. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01850-4>
- Schein, A. I., Bauer, G. R., & Travers, R. (2017). HIV-Related Sexual Risk Among Transgender Men Who Are Gay, Bisexual, or Have Sex With Men. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 74(4), e89-e96. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001222>
- Schlichthorst, M., Ozols, I., Reifels, L., & Morgan, A. (2020). Lived experience peer support programs for suicide prevention: a systematic scoping review. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00396-1>
- Schwitzer, N. (2023,). *ISCO08ConveRsions: Converts ISCO-08 to job prestige scores, ISCO-88 and job name*.
- Sciensano. (2024). *Methodology: Results from the Seventh BELHEALTH Wave*. Sciensano.

- Sciensano. (2024). *Santé Mentale : Anxiété et dépression, Health Status Report*. Sciensano.
- Sciensano. (2025a). *Déterminants de Santé : Consommation d'alcool, Health Status Report*. Sciensano.
- Sciensano. (2025b). *Santé mentale et sociale : Comportements suicidaires, Health Status Report*. Sciensano.
- Semple, S. J., Stockman, J. K., Goodman-Meza, D., Pitpitan, E. V., Strathdee, S. A., Chavarin, C. V., Rangel, G., Torres, K., & Patterson, T. L. (2017). Correlates of Sexual Violence Among Men Who Have Sex With Men in Tijuana, Mexico. *Archives of Sexual Behavior*, 46, 1011-1023. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0747-x>
- Serano, J. (2007). *Whipping girl: a transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity* (Fist Edition). Seal Press.
- Service Public Fédéral De Justice. (2007, mai). *Loi du 10/05/2007 relative a la transsexualite*. Moniteur Belge.
- Service Public Fédéral De Justice. (2017, juin). *Loi du 25/06/2017 réformant des régimes relatifs aux personnes transgenres en ce qui concerne la mention d'une modification de l'enregistrement du sexe dans les actes de l'état civil et ses effets* (Numéro 2017012964).
- Shabil, M., Yadav, A., Shamim, M. A., Ahmed, M., Satapathy, P., Zaidan, A. A., Khatib, M. N., Gaidhane, S., Zahiruddin, Q. S., Rabaan, A. A., Al Kaabi, N. A., Almosa, F. A. M., AlSihati, J., & Sah, R. (2024). Prevalence of hepatitis B and C infections among HIV-positive men who have sex with men: A systematic review and meta-analysis. *Health Science Reports*, 7(6), e2206. <https://doi.org/10.1002/hsr2.2206>
- Shiell, A., Hawe, P., & Gold, L. (2008). Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ : British Medical Journal*, 336(7656), 1281-1283. <https://doi.org/10.1136/bmj.39569.510521.AD>
- Shrestha, S., Bauer, C. X., Hendricks, B., & Stopka, T. J. (2020). Spatial Epidemiology: An Empirical Framework for Syndemics Research. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113352>
- Shuper, P. A., Joharchi, N., Bogoch, I. I., Loutfy, M., Crouzat, F., El-Helou, P., Knox, D. C., Woodward, K., & Rehm, J. (2020). Alcohol consumption, substance use, and depression in relation to HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) nonadherence among gay, bisexual, and other men-who-have-sex-with-men. *BMC public health*, 20, 1782. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09883-z>
- Shuster, S. M. (2021). Creating Worthy Patients, 1950-1970. In *Trans Medicine The Emergence and Practice of Treating Gender* (p. 23-48). New York University Press.

- Silveri, G., Schimmenti, S., Prina, E., Gios, L., Mirandola, M., Converti, M., Fiorillo, A., Pinna, F., Ventriglio, A., Galeazzi, G. M., Sherriff, N., Zeeman, L., & Amaddeo, F. (2022). Barriers in care pathways and unmet mental health needs in LGBTIQ + communities. *International Review of Psychiatry*, 34(3–4), 215-229. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2075256>
- Singer, M. (1996). A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 24(2), 99-110.
- Singer, M. (2009b). HIV/AIDS and other infections. In *Introduction to Syndemics: A critical systems approach to public and community health*. Jossey-Bass.
- Singer, M. (2009a). Learning from lichen. In *Introduction to Syndemics: A critical systems approach to public and community health*. Jossey-Bass.
- Singer, M., & Clair, S. (2003). Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(4), 423-441. <https://doi.org/10.1525/maq.2003.17.4.423>
- Singer, M., & Snipes, C. (1992). Generations of Suffering: Experiences of a Treatment Program for Substance Abuse During Pregnancy. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 3(1), 222-234. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0180>
- Singer, M., Bulled, N., & Leatherman, T. (2022). Are There Global Syndemics?. *Medical Anthropology*, 41(1), 4-18. <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.2007907>
- Singer, M., Bulled, N., & Ostrach, B. (2020). Whither syndemics?: Trends in syndemics research, a review 2015–2019. *Global Public Health*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1724317>
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Lerman Ginzburg, S. (2021). Syndemics: A Cross-Disciplinary Approach to Complex Epidemic Events Like COVID-19. *Annual Review of Anthropology*, 50(1), 41-58. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-100919-121009>
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017a). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389, 941-950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
- Singer, M., Erickson, P. I., Abadía-Barrero, C. E., & Singer, M. (éds.). (2022). Syndemics in Global Health. In *A Companion to Medical Anthropology* (2^e éd., p. 126-144). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119718963.ch2>
- Singer, M., Ostrach, B., & Lerman, S. (2017b). Introduction. In B. Ostrach, S. Lerman, & M. Singer (éds.), *Stigma Syndemics: New Directions in Biosocial Health*. Lexington Books.

- Smoller, J. W., Andreassen, O. A., Edenberg, H. J., Faraone, S. V., Glatt, S. J., & Kendler, K. S. (2019). Psychiatric genetics and the structure of psychopathology. *Molecular Psychiatry*, *24*(3), 409-420. <https://doi.org/10.1038/s41380-017-0010-4>
- Stall, R., Coulter, R. W., Friedman, M. R., & Plankey, M. W. (2015). Commentary on "Syndemics of psychosocial problems and HIV risk: A systematic review of empirical tests of the disease interaction concept" by A. Tsai and B. Burns. *Social Science & Medicine*, *145*, 129-131. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.07.016>
- Stall, R., Friedman, M., & Catania, J. (2007). Interacting Epidemics and Gay Men's Health: A Theory of Syndemic Production among Urban Gay Men. In *Unequal Opportunity: Health Disparities Affecting Gay and Bisexual Men in the United States*. Oxford University Press.
- Stall, R., Mills, T. C., Williamson, J., Hart, T., Greenwood, G., Paul, J., Pollack, L., Binson, D., Osmond, D., & Catania, J. A. (2003). Association of Co-Occurring Psychosocial Health Problems and Increased Vulnerability to HIV/AIDS among Urban Men Who Have Sex with Men. *American Journal of Public Health*, *93*(6), 939-942. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.6.939>
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential?. *The Lancet*, *344*(8930), 1129-1133. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
- Statbel. (2025b,). *Niveau d'instruction*.
- Statbel. (2025a,). *Structure de la population*.
- Sterling, P., & Eyer, J. (1988). Allostasis: A New Paradigm to Explain Arousal Pathology. In S. Fisher & J. Reason (éds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health* (p. 629-649). John Wiley & Sons.
- Stutterheim, S. E., Dijk, M. van, Wang, H., & Jonas, K. J. (2021). The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, *16*(12), e260063. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260063>
- Substance Abuse And Mental Health Services Administration. (2023). *Lesbian, Gay, and Bisexual Behavioral Health: Results from the 2021 and 2022 National Surveys on Drug Use and Health* (Numéros PEP23-7-1-1). Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sullivan, L. (2019). *We Both Laughed in Pleasure: The Selected Diaries of Lou Sullivan* (1st ed). Nightboat Books.
- Swan, D. J. (2018). 3 Defining Bisexuality: Challenges and Importance of and Toward a Unifying Definition. In D. J. Swan & S. Habibi (éds.), *Bisexuality: Theories, Research,*

- and Recommendations for the Invisible Sexuality* (p. 37-60). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-71535-3_3
- T'Sjoen, G., & Motmans, J. (2022). Integrating transgender care into mainstream medicine —an essay by Guy T'Sjoen and Joz Motmans. *BMJ*, o1949. <https://doi.org/10.1136/bmj.o1949>
- Tapia, G. R., Glynn, T. R., Miller, C., Manuzak, J. A., Broedlow, C. A., Mcgaugh, A., Cherenack, E. M., Bauermeister, J. A., Grov, C., Dilworth, S. E., Parisi, R., Martinez, D., Klatt, N. R., & Carrico, A. W. (2021). Syndemics and preexposure prophylaxis are independently associated with rectal immune dysregulation in sexual minority men. *AIDS (London, England)*, 35(8), 1295-1300. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002866>
- Tebbe, E. A., & Budge, S. L. (2022). Factors that drive mental health disparities and promote well-being in transgender and nonbinary people. *Nature Reviews Psychology*, 1(12), 694-707. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00109-0>
- Teles, D. O., Oliveira, R. A. de, Mendonça Figueiredo Filho, M. de, Bezerra Pinheiro, A. K., & Lannes Fernandes, F. (2025). Worldwide prevalence of anxiety in transgender persons: Systematic review with meta-analysis. *International Journal of Transgender Health*, 1-23. <https://doi.org/10.1080/26895269.2025.2498753>
- Tempia Valenta, S., Marcolini, F., Martone, A., De Ronchi, D., & Atti, A. R. (2024). Treating eating disorders in the LGBTQIA+ adult population: A scoping review. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 1-22. <https://doi.org/10.1080/19359705.2024.2310266>
- Ter Meulen, W. G., Draisma, S., Van Hemert, A. M., Schoevers, R. A., Kupka, R. W., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2021). Depressive and anxiety disorders in concert—A synthesis of findings on comorbidity in the NESDA study. *Journal of Affective Disorders*, 284, 85-97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.004>
- 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>
- Thienpont, L., Verhofstadt, M., Van Loon, T., Distelmans, W., Audenaert, K., & De Deyn, P. P. (2015). Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ open*, 5(7), e7454. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007454>
- Thoma, B. C., Eckstrand, K. L., Montano, G. T., Rezeppa, T. L., & Marshal, M. P. (2021a). Gender Nonconformity and Minority Stress Among Lesbian, Gay, and

- Bisexual Individuals: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 16(6), 1165-1183. <https://doi.org/10.1177/1745691620968766>
- Thoma, B. C., Rezeppa, T. L., Choukas-Bradley, S., Salk, R. H., & Marshal, M. P. (2021b). Disparities in Childhood Abuse Between Transgender and Cisgender Adolescents. *Pediatrics*, 148(2), e2020016907. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-016907>
- Thomadakis, C., Gountas, I., Duffell, E., Gountas, K., Bluemel, B., Seyler, T., Pericoli, F. M., Kászoni-Rückerl, I., El-Khatib, Z., Busch, M., Schmutterer, I., Vanwollegem, T., Klamer, S., Plettinckx, E., Mortgat, L., Beckhoven, D. V., Varleva, T., Licina, M. L. K., Blazic, T. N., ... Nikolopoulos, G. (2024). Prevalence of chronic HCV infection in EU/EEA countries in 2019 using multiparameter evidence synthesis. *The Lancet Regional Health – Europe*, 36. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2023.100792>
- Timmins, L., & Duncan, D. T. (2020). It's Raining MSM: The Continued Ubiquity of Contentious Terminology in Research on Sexual Minority Men's Health. *American Journal of Public Health*, 110(11), 1666-1668. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305870>
- Tomkins, A., George, R., & Kliner, M. (2019). Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 139(1), 23-33. <https://doi.org/10.1177/1757913918778872>
- Tomori, C., McFall, A. M., Solomon, S. S., Srikrishnan, A. K., Anand, S., Balakrishnan, P., Mehta, S. H., & Celentano, D. D. (2018). Is there synergy in syndemics? Psychosocial conditions and sexual risk among men who have sex with men in India. *Social Science & Medicine*, 206, 110-116. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.032>
- Trachman, M. (2023). La mesure des variations du genre : Féminités, masculinités et minorités sexuelles. In W. Rault (éd.), *Minorités de genre et de sexualité : Objectivation, catégorisations et pratiques d'enquête* (p. 169-188). Ined Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.ined.19446>
- Trachman, M. (2025). Questionner le genre: Masculinités, féminités, non-binarité. In *La sexualité qui vient* (Numéro 6, p. 39-52). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.bergs.2025.01.0039>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

- Tsai, A. C. (2018). Syndemics: A theory in search of data or data in search of a theory?. *Social Science and Medicine*, 206, 117-122. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.040>
- Tsai, A. C., & Burns, B. (2015). Syndemics of psychosocial problems and HIV risk: A systematic review of empirical tests of the disease interaction concept. *Social Science and Medicine*, 139, 26-35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.06.024>
- Tsai, A. C., & Venkataramani, A. S. (2016). Syndemics and Health Disparities: A Methodological Note. *AIDS and Behavior*, 20(2), 423-430. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1260-2>
- Tsai, A. C., Mendenhall, E., Trostle, J. A., & Kawachi, I. (2017). Co-occurring epidemics, syndemics, and population health. *The Lancet*, 389(10072), 978-982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30403-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30403-8)
- Tuana, N. (2006). The Speculum of Ignorance: The Women's Health Movement and Epistemologies of Ignorance. *Hypatia*, 21(3), 1-19. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2006.tb01110.x>
- Turpin, R. E., Dyer, T. V., Dangerfield, D. T. 2., Liu, H., & Mayer, K. H. (2020). Syndemic latent transition analysis in the HPTN 061 cohort: Prospective interactions between trauma, mental health, social support, and substance use. *Drug and alcohol dependence*, 214. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108106>
- Uhrig, J. D., Stryker, J. E., Bresee, S., Gard Read, J., Parvanta, S., Ruiz, F., & DeLuca, N. (2019). HIV information needs of transgender people and their healthcare providers. *AIDS Care*, 31(3), 357-363. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1499862>
- UNIA. (2024). *Rapport chiffres 2024 : Analyse des chiffres des signalements et dossiers individuels*. UNIA.
- Valentine, S. E., & Shepherd, J. C. (2018). A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical Psychology Review*, 66, 24-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.003>
- Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction Et Validation Canadienne-Française De L'échelle De L'estime De Soi De Rosenberg*. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305-316. <https://doi.org/10.1080/00207599008247865>
- Van Acker, J. (2017). *Plan chem ? Plan slam ? Les plans "sous prod". Une recherche exploratoire sur le chemsex parmi les gays, bisexuels et autres HSH dans la Région de Bruxelles-Capitale*. Observatoire du sida et des sexualités.

- Van Baelen, L., Plettinckx, E., Antoine, J., & Gremeaux, L. (2020). Prevalence of HCV among people who inject drugs in Brussels—a respondent-driven sampling survey. *Harm Reduction Journal*, *17*, 11. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00358-3>
- Van Gerwen, O. T., Jani, A., Long, D. M., Austin, E. L., Musgrove, K., & Muzny, C. A. (2020). Prevalence of Sexually Transmitted Infections and Human Immunodeficiency Virus in Transgender Persons: A Systematic Review. *Transgender Health*, *5*(2), 90-103. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0053>
- Van Hove, H. (2021). *Le sexisme en Belgique. Résultats de l'enquête #YouToo? – L'identité de genre* (M. Pasteel, éd.). Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes.
- Van Praet, J. T., Henrard, S., Kenyon, C., Libois, A., Meuwissen, A., Sauvage, A.-S., Vincent, A., Vanhamel, J., Scheerder, G., & HIV Consortium (BREACH). (2024). Belgian 2024 guidance on the use of pre-exposure prophylaxis. *Acta Clinica Belgica*, *79*(2), 121-129. <https://doi.org/10.1080/17843286.2024.2356337>
- Vanden Berghe, W., Deblonde, J., Detandt, S., Pezeril, C., Sergeant, M., & Barris, S. (2021). *The European Men who have sex with men Internet Survey (EMIS) 2017* (Numéro D/2021/14.440/07). Sciensano ; Observatoire du sida et des sexualités.
- Virchow, R. (1985). V. The Charity Physician (Medicinische Reform No. 18, of 3 November 1848). In L. J. Rather (éd.), *Collected Essays on Public Health and Epidemiology* (p. 33-36). Science History Publications.
- Wallace, E. R., O'Neill, S., & Lagdon, S. (2024). Risk and protective factors for suicidality among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ+) young people, from countries with a high global acceptance index (GAI), within the context of the socio-ecological model: A scoping review. *Journal des adolescents*. <https://doi.org/10.1002/JAD.12308>
- Wang, H., Kolstee, J., Casalini, J. L., Hakim, S., Zimmermann, H. M., & Jonas, K. J. (2024). Likelihood of HIV and recent bacterial sexually transmitted infections among transgender and non-binary individuals in 20 European countries, October 2023 to April 2024. *Eurosurveillance*, *29*(48), 2400347. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.48.2400347>
- Wang, Y., Wang, Z., Jia, M., Liang, A., Yuan, D., Sun, Z., Gan, F., Wang, Y., Cai, Y., & Zhang, Z. (2017). Association between a syndemic of psychosocial problems and unprotected anal intercourse among men who have sex with men in Shanghai, China. *BMC infectious diseases*, *17*(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s12879-016-2132-8>
- Wang, Z., Zhao, X., Zhang, Z., Luo, M., Shen, Q., Dong, Y., Wang, Y., & Cai, Y. (2018). Co-Occurring Psychosocial Problems and Multiple Sexual Partners among Men Who

- Have Sex with Men in Shanghai, China: A Syndemic Approach. *Journal of Sex Research*, 55(7), 892-901. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1399333>
- Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D. S., Schink, S. B., Marcus, U., & Schmidt, A. J. (2019). *EMIS-2017: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries*. ECDC.
- Weaver, L. J., & Kaiser, B. N. (2020). Syndemics theory must take local context seriously: An example of measures for poverty, mental health, and food insecurity. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113304>
- Wei, D., Wang, X., You, X., Luo, X., Hao, C., Gu, J., Peng, S., Yang, X., Hao, Y., Silenzio, V. M. B., Li, J., & Hou, F. (2020). Prevalence of depression, anxiety and suicide among men who have sex with men in China: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e136. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000487>
- Wei, F., Gaisa, M. M., D'Souza, G., Xia, N., Giuliano, A. R., Hawes, S. E., Gao, L., Cheng, S.-H., Donà, M. G., Goldstone, S. E., Loeff, M. F. Schim van der, Neukam, K., Meites, E., Poynten, I. M., Dai, J., Combes, J.-D., Wieland, U., Burgos, J., Wilkin, T. J., ... Clifford, G. M. (2021). Epidemiology of anal human papillomavirus infection and high-grade squamous intraepithelial lesions in 29\,900 men according to HIV status, sexuality, and age: a collaborative pooled analysis of 64 studies. *The Lancet HIV*, 8(9), e531-e543. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(21\)00108-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(21)00108-9)
- Wei, S., Cheng, S. J., Li, J., Choi, E. P. H., & Wong, W. C. W. (2025). Effectiveness of psychosocial interventions to improve the mental health in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1612755>
- Weingartner, L. A., Combs, R. M., Bohnert, C. A., Decker, H. R., & Noonan, E. J. (2022). Epistemic Peerhood as a Model To Improve Gender-Affirming Care in Medical Education. *Teaching and Learning in Medicine*, 0(0), 1-10. <https://doi.org/10.1080/10401334.2022.2137169>
- Wels, J., & Hamarat, N. (2025). Trends in assisted dying among patients with psychiatric disorders and dementia in Belgium: A health registry study. *PLOS Medicine*, 22(11), e1004522. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004522>
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222-231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
- Wirtz, A. L., Poteat, T. C., Malik, M., & Glass, N. (2020). Gender-Based Violence Against Transgender People in the United States: A Call for Research and Programming. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(2), 227-241. <https://doi.org/10.1177/1524838018757749>

- Wissenschaftlich-Humanitäres Komitee. (1899). *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität*. Spohr.
- 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. <https://doi.org/10.1111/acps.13405>
- Woodward, E. N., Banks, R. J., Marks, A. K., & Pantalone, D. W. (2017). Identifying Resilience Resources for HIV Prevention Among Sexual Minority Men: A Systematic Review. *AIDS and Behavior*, *21*, 2860-2873. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1608-2>
- World Health Organization. (2019,). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*.
- Worrell, S., Waling, A., Anderson, J., Lyons, A., Pepping, C. A., & Bourne, A. (2022). The Nature and Impact of Informal Mental Health Support in an LGBTQ Context: Exploring Peer Roles and Their Challenges. *Sexuality Research and Social Policy*, *19*(4), 1586-1597. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00681-9>
- Wright, E. R., & Carnes, N. (2016). The Role of Syndemic in Explaining Health Disparities Among Bisexual Men: A Blueprint for a Theoretically Informed Perspective. In *Understanding the HIV/AIDS Epidemic in the United States*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-34004-3>
- Xu, Y., & Zheng, Y. (2015). Prevalence of Childhood Sexual Abuse among Lesbian, Gay, and Bisexual People: A Meta-Analysis. *Journal of Child Sexual Abuse*, *24*(3), 315-331. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1006746>
- Yang, J., Zhang, Z., Cheng, L. J., Chen, J., & Wu, V. X. (2023). The Prevalence of Anxiety among Men Who Have Sex with Men: A Protocol for A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(2), 1315. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021315>
- Young, R. M., & Meyer, I. H. (2005). The Trouble With "MSM" and "WSW": Erasure of the Sexual-Minority Person in Public Health Discourse. *American Journal of Public Health*, *95*(7), 1144-1149. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.046714>
- Zepf, R., Greene, M., Hessol, N. A., Johnson, M. O., Santos, G. M., John, M. D., & Dawson-Rose, C. (2020). Syndemic conditions and medication adherence in older men living with HIV who have sex with men. *AIDS Care*, *32*(12), 1610-1616. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1772954>
- Zhang, J., O'Leary, A., Jemmott 3rd, J. B., Icard, L. D., & Rutledge, S. E. (2019). Syndemic conditions predict lower levels of physical activity among African American men who

- have sex with men: A prospective survey study. *PLOS One*, *14*(3), e213439-e213439. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213439>
- Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, *21*(2), 125-137. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

ANNEXES

Annexe **A**

ANNEXES RELATIVES À L'ÉTUDE DE LA PORTÉE

A.1 Équations de recherche

Bases de données	Équations utilisées	Publications identifiées
Medline	1# Syndemic/ 2# syndemic*.ti,ab,kf. 3# 1 or 2 4# bisexual*.ti,ab,kf. 5# (gay or gays).ti,ab,kf. 6# homosexual*.ti,ab,kf. 7# men who have sex with men.ti,ab,kf. 8# men having sex with men.ti,ab,kf. 9# (sexual adj3 minorit*).ti,ab,kf. 10# non heterosexual*.ti,ab,kf. 11# MSMW.ti,ab,kf. 12# MSM.ti,ab,kf. 13# "Sexual and Gender Minorities"/ 14# Homosexuality, Male/ 15# Homosexuality/ 16# Bisexuality/ 17# Same Sex 19# Intercourse*.ti,ab,kf. 18# 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 19# 3 and 18	184
PsylInfo	1# syndemic*.ti,ab,id. 2# homosexuality/ 3# male homosexuality/ 4# sexual minority groups/ 5# bisexuality/ 6# Same Sex Intercourse/ 7# bisexual*.ti,ab,id. 8# (gay or gays).ti,ab,id. 9# homosexual*.ti,ab,id. 10# men who have sex with men.ti,ab,id. 11# men having sex with men.ti,ab,id. 12# (sexual adj3 minorit*).ti,ab,id. 13# non heterosexual*.ti,ab,id. 14# MSMW.ti,ab,id. 15# MSM.ti,ab,id. 16# Same Sex Intercourse*.ti,ab,id. 17# 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 18# 1 and 17	155
Scopus	((TITLE-ABS-KEY (bisexual*)) OR (TITLE-ABS-KEY (gay)) OR (TITLE-ABS-KEY (homosexual*)) OR (TITLE-ABS-KEY ("men who have sex with men")) OR (TITLE-ABS-KEY ("men having sex with men")) OR (TITLE-ABS-KEY (sexual W/3 minorit*)) OR (TITLE-ABS-KEY ("non heterosexual")) OR (TITLE-ABS-KEY (msmw)) OR (TITLE-ABS-KEY (msm)) OR (TITLE-ABS-KEY ("same sex intercourse"))) AND (TITLE-ABS-KEY (syndemic*))	209
Cochrane Central Register of Controlled Trials	1# "syndemic".ti,hw,ab. 2# "bisexual".ti,hw,ab. 3# "gay".ti,hw,ab. 4# "homosexual".ti,hw,ab. 5# "men having sex with men".ti,hw,ab. 6# "men who have sex with men".ti,hw,ab. 7# (sexual adj3 minorit*).ti,hw,ab. 8# "non heterosexual ".ti,hw,ab. 9# MSMW.ti,hw,ab. 10# MSM.ti,hw,ab. 11# "same sex intercourse ".ti,hw,ab. 12# 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 13# 1 and 12	14
ProQuest Sociological Abstracts	noft(syndemic*) AND (noft(bisexual*) OR noft(gay*) OR noft(homosexual*) OR noft("men having sex with men") OR noft("men who have sex with men") OR noft("sexual N/3 minorit") OR noft("non heterosexual")) OR noft(MSMW) OR noft(MSM) OR noft("same sex intercourse")	66

Tableau i. – Équations de recherche des différentes bases de données consultées

ANNEXES RELATIVES AU DELPHI

B.1 Checklist ACCORD

N° Item	Section	Élément de la checklist	Page
T1	Titre	Identifier l'article comme rapportant un exercice de consensus et indiquer les méthodes de consensus utilisées dans le titre. <i>Par exemple, Delphi ou technique de groupe nominal.</i>	
I1	Introduction	Expliquer pourquoi un exercice de consensus a été choisi plutôt que d'autres approches.	page 89
I2		Énoncer l'objectif de l'exercice de consensus, incluant son public cible et sa portée géographique (nationale, régionale, mondiale).	page 90
I3		Si l'exercice de consensus est une mise à jour d'un document existant, indiquer pourquoi une mise à jour est nécessaire et fournir la citation du document original.	NA

N° Item	Section	Élément de la checklist	Page
M1	Méthodes Enregistrement	Si l'étude ou le protocole d'étude a été enregistré prospectivement, indiquer la plateforme d'enregistrement et fournir un lien. Si l'exercice n'a pas été enregistré, cela doit être indiqué. <i>Recommandé d'inclure la date d'enregistrement.</i>	page 95
M2	Sélection du comité de pilotage et/ou des panélistes	Décrire le(s) rôle(s) et les domaines d'expertise ou d'expérience de ceux qui dirigent l'exercice de consensus. <i>Par exemple, si le projet était dirigé par un président, des co-présidents ou un comité de pilotage, et, le cas échéant, comment ils ont été choisis. Lister leurs noms si approprié, et s'il y avait des sous-groupes pour des étapes individuelles du processus.</i>	page 91
M3		Expliquer les critères d'inclusion des panélistes et la justification du nombre de panélistes. Indiquer qui était responsable de la sélection des panélistes.	page 91
M4		Décrire le processus de recrutement (comment les panélistes ont été invités à participer). <i>Inclure la(les) méthode(s) de communication/publicité et les lieux, le nombre d'invitations envoyées, et s'il y avait une supervision centralisée des invitations ou si les panélistes ont été invités/autorisés à suggérer d'autres membres du panel.</i>	page 91 ; page 95
M5		Décrire le rôle de tout membre du public, patient ou aidant dans les différentes étapes de l'étude.	NA

N° Item	Section	Élément de la checklist	Page
M6	Recherche pré- paratoire	<p>Décrire comment les informations ont été obtenues avant de générer les items ou autres matériaux utilisés pendant l'exercice de consensus.</p> <p><i>Cela peut inclure une revue de littérature, des entretiens, des enquêtes, ou un autre processus.</i></p>	page 89
M7		<p>Décrire en détail toute recherche systématique de littérature, incluant la stratégie de recherche et les dates de recherche ou la citation si déjà publiée. Fournir les détails suggérés par la directive de rapport PRISMA et l'extension PRISMA-Search associée.</p>	Chapitre 3
M8		<p>Décrire comment toute preuve scientifique existante a été résumée et si cette preuve a été fournie aux panélistes.</p>	page 99
M9	Évaluation du consensus	<p>Décrire les méthodes utilisées et les étapes prises pour recueillir la contribution des panélistes et atteindre le consensus</p> <p><i>(par exemple, Delphi, RAND-UCLA, technique de groupe nominal). Si des modifications ont été apportées à la méthode dans sa forme originale, fournir une explication détaillée de la façon dont la méthode a été ajustée et pourquoi cela était nécessaire pour l'objectif de votre étude basée sur le consensus.</i></p>	pages 92 à 94

N° Item	Section	Élément de la checklist	Page
M10		Décrire comment chaque question ou énoncé a été présenté et les options de réponse. Indiquer si les panélistes pouvaient ou devaient expliquer leurs réponses, et s'ils pouvaient proposer de nouveaux items. Si possible, présenter le questionnaire ou la liste d'énoncés en matériel supplémentaire.	pages 92 à 94
M11		Énoncer l'objectif de chaque étape de consensus. Une étape peut être une réunion de consensus, une session de discussion ou d'entretien, ou un tour Delphi.	pages 92 à 94
M12		Énoncer la définition du consensus (<i>par exemple, nombre, pourcentage ou évaluation catégorielle, telle que « d'accord » ou « tout à fait d'accord »</i>) et expliquer la justification de cette définition.	page 94
M13		Indiquer si les items qui ont satisfait à la définition pré-spécifiée du consensus ont été inclus dans les tours de vote ultérieurs.	page 93
M14		Pour chaque étape, décrire comment les réponses ont été collectées, et si les réponses ont été collectées en groupe ou individuellement.	page 91
M15		Décrire comment les réponses ont été traitées et/ou synthétisées. Inclure les analyses qualitatives des réponses en texte libre (par exemple, analyses thématique, de contenu ou par cluster) et/ou les méthodes analytiques quantitatives, si utilisées.	pages 92 à 94

N° Item	Section	Élément de la checklist	Page
M16		Décrire tout pilotage des matériaux d'étude et/ou des instruments d'enquête. Inclure combien d'individus ont piloté les matériaux d'étude, la justification de la sélection de ces individus, tout changement apporté en conséquence et si leurs réponses ont été utilisées dans le calcul du consensus final. Si aucun pilote n'a été mené, cela doit être indiqué.	page 92
M17		Le cas échéant, décrire comment les retours ont été fournis aux panélistes à la fin de chaque étape ou réunion de consensus. Indiquer si les retours étaient quantitatifs (par exemple, taux d'approbation par sujet/item) et/ou qualitatifs (par exemple, commentaires ou listes d'items approuvés), et s'ils étaient anonymisés.	pages 92 à 94
M18		Indiquer si l'anonymat était prévu dans la conception de l'étude. Expliquer où et à qui il a été appliqué et quelles méthodes ont été utilisées pour garantir l'anonymat.	page 92
M19		Indiquer si le comité de pilotage était impliqué dans les décisions prises par le panel de consensus. <i>Par exemple, si le comité de pilotage ou ceux gérant le consensus avaient également des droits de vote.</i>	NA

N° Item	Section	Élément de la checklist	Page
M20	Participation	<p>Décrire tous les incitatifs utilisés pour encourager les réponses ou la participation au processus de consensus.</p> <p><i>Par exemple, les invitations à participer ont-elles été réitérées, ou les participants ont-ils été remboursés pour leur temps.</i></p>	page 92
M21		<p>Décrire toute adaptation pour rendre les enquêtes/réunions plus accessibles. Par exemple, les langues dans lesquelles les enquêtes/réunions ont été menées et si des traductions ou des résumés en langage clair étaient disponibles.</p>	NA
R1	Résultats	<p>Indiquer quand l'exercice de consensus a été mené. Lister la date de début et le temps pris pour compléter chaque étape de consensus, l'analyse, et toute prolongation ou retard dans l'analyse.</p>	page 95
R2		<p>Expliquer toute déviation du protocole d'étude, et pourquoi celles-ci étaient nécessaires.</p> <p><i>Par exemple, ajout de membres du panel pendant l'exercice, nombre d'étapes de consensus, critères d'arrêt ; rapporter la(les) étape(s) dans laquelle(lesquelles) cela s'est produit.</i></p>	page 95
R3		<p>Pour chaque étape, rapporter des données quantitatives (nombre de panélistes, taux de réponse) et qualitatives (données socio-démographiques pertinentes) pour décrire les panélistes participants.</p>	page 95

N° Item	Section	Élément de la checklist	Page
R4		Rappporter le résultat final du processus de consensus sous forme de données qualitatives <i>(par exemple, thèmes agrégés des commentaires) et/ou quantitatives (par exemple, statistiques sommaires, moyennes de scores, médianes et/ou plages).</i>	pages 99 à 104
R5		Lister tous les items ou sujets qui ont été modifiés ou retirés pendant le processus de consensus. Inclure pourquoi et quand dans le processus ils ont été modifiés ou retirés.	page 100
D1	Discussion	Discuter des forces et limites méthodologiques de l'exercice de consensus. Inclure les facteurs qui peuvent avoir impacté les décisions (par exemple, taux de réponse, représentativité du panel, potentiel de biais des réponses dû aux retours pendant le consensus, impact potentiel de toute interaction non anonymisée).	page 106
D2		Discuter si les recommandations sont cohérentes avec toute littérature préexistante et, si ce n'est pas le cas, proposer des raisons pour lesquelles ce processus peut être arrivé à des conclusions alternatives.	pages 107 à 107
O1	Autres informations	Lister toute organisation endossante impliquée et son rôle.	NA
O2		Indiquer tout conflit d'intérêts potentiel, y compris parmi ceux dirigeant l'étude de consensus et les panélistes. Décrire comment les conflits d'intérêts ont été gérés.	NA

N° Item	Section	Élément de la checklist	Page
O3		Indiquer tout financement reçu et le rôle du financeur. Préciser, par exemple, toute implication du financeur dans le concept/la conception de l'étude, la participation au comité de pilotage, la conduite du processus de consensus, le financement de tout soutien à la rédaction médicale. Cela peut être divulgué dans les méthodes ou dans la section de transparence pertinente du manuscrit. Lorsqu'un financeur n'a pas joué de rôle dans le processus ou n'a pas influencé les décisions prises, cela doit être spécifié.	page 95

Tableau ii. – Checklist ACCORD pour le rapport d'exercices de consensus (traduction libre)

B.2 Tableaux annexes

Codes ^{1,2}	Ensemble ³	Panélistes cis ³	Panélistes trans ³
Faible estime de soi*	10 (59%)	6 (60%)	4 (57%)
Solitude*	10 (59%)	7 (70%)	3 (43%)
Faible soutien social*	7 (41%)	5 (50%)	2 (29%)
Cisnormativité	7 (41%)	0 (0%)	7 (100%)
Difficulté à accéder à des soins*	6 (35%)	4 (40%)	2 (29%)
Transphobie	6 (35%)	1 (10%)	5 (71%)
Dépression*	5 (29%)	4 (40%)	1 (14%)
IST*	5 (29%)	3 (30%)	2 (29%)
<i>Manque de connaissance dans la réduction des risques</i>	5 (29%)	2 (20%)	3 (43%)
Homophobie	4 (24%)	3 (30%)	1 (14%)
Hypersexualité*	4 (24%)	3 (30%)	1 (14%)
<i>Manque d'assertivité</i>	4 (24%)	2 (20%)	2 (29%)
Abus de substance*	3 (18%)	3 (30%)	0 (0%)
<i>Anticipation d'évènements négatifs</i>	3 (18%)	1 (10%)	2 (29%)
Anxiété*	3 (18%)	3 (30%)	0 (0%)
Violence*	3 (18%)	2 (20%)	1 (14%)
Préjugés autour de la transitude	3 (18%)	0 (0%)	3 (43%)
Comportements sexuels à risque*	2 (12%)	1 (10%)	1 (14%)

Les rangées colorées correspondent aux variables retenues à l'issue du Delphi

¹ Les codes ayant une correspondance dans l'étude de la portée sont en gras et marqués d'un astérisque

² Les codes en italique ont été regroupés sous d'autres variables dans le deuxième tour

³ N (%)

Tableau iii. – Codage des problématiques identifiées au tour 1 du Delphi, par proportion de panélistes ayant évoqué le facteur

Codes ^{1,2}	Ensemble ³	Panélistes cis ³	Panélistes trans ³
<i>Difficultés interpersonnelles entre partenaires romantiques/sexuels</i>	2 (12%)	2 (20%)	0 (0%)
Dissimulation de l'identité	2 (12%)	2 (20%)	0 (0%)
<i>Dynamiques de pouvoir déséquilibrées</i>	2 (12%)	1 (10%)	1 (14%)
Hétéronormativité	2 (12%)	1 (10%)	1 (14%)
Pressions patriarcales sur la masculinité	2 (12%)	1 (10%)	1 (14%)
VII*	2 (12%)	2 (20%)	0 (0%)
Dysphorie	2 (12%)	0 (0%)	2 (29%)
Burnout	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)
Cancers	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)
<i>Difficultés à se lier avec d'autres HMS</i>	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)
<i>Discrimination intra-communautaire</i>	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)
Décrochage scolaire	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)
Homophobie internalisée	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)
Hostilité*	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)
Instabilité émotionnelle	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)
<i>Manque de représentation/de modèle</i>	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)
Migration	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)
PTSD*	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)
Précarité*	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)

Les rangées colorées correspondent aux variables retenues à l'issue du Delphi

¹ Les codes ayant une correspondance dans l'étude de la portée sont en gras et marqués d'un astérisque

² Les codes en italique ont été regroupés sous d'autres variables dans le deuxième tour

³ N (%)

Codage des problématiques identifiées au tour 1 du Delphi, par proportion de panélistes ayant évoqué le facteur (suite)

Codes ^{1,2}	Ensemble ³	Panélistes cis ³	Panélistes trans ³
Suicidalité*	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)
<i>Troubles cognitifs</i>	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)
Usage de substance*	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)
Âgisme	1 (6%)	1 (10%)	0 (0%)
Chômage*	1 (6%)	0 (0%)	1 (14%)
Freins à l'activité physique	1 (6%)	0 (0%)	1 (14%)

Les rangées colorées correspondent aux variables retenues à l'issue du Delphi

¹ Les codes ayant une correspondance dans l'étude de la portée sont en gras et marqués d'un astérisque

² Les codes en italique ont été regroupés sous d'autres variables dans le deuxième tour

³ N (%)

Codage des problématiques identifiées au tour 1 du Delphi, par proportion de panélistes ayant évoqué le facteur (suite)

Conditions	Occurrences dans la revue
Alexithymie	1
Détresse mentale générale	5
Escapisme	1
Fréquenter des espaces gays	1
Harcèlement	1
Hostilité	2
Hypersexualité	1
Impulsivité	1
Injection de drogue	2
Mauvaise santé physique	1
Stress	2
TDAH	1
Traumatisme	2
Travail du sexe	3
Trouble du sommeil	1

Tableau iv. – Liste des conditions de l'étude de la portée non incluses dans le tour 2 du Delphi

ANNEXES RELATIVES À L'ENQUÊTE QUANTITATIVE

C.1 Questionnaire

VARIABLES DÉMOGRAPHIQUES

- a. Quel est votre âge ? _____
- b. Quelle est votre nationalité ? _____
- c. Dans quelle ville êtes-vous né ? _____
- d. Quel est le niveau de diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?
- Pas de diplôme
 - Primaire (CEB)
 - Secondaire inférieur
 - Secondaire supérieur (CESS)
 - Supérieur de type court et bacheliers
 - Supérieur de type long (master et supérieur)
- e. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?
- Étudiant
 - Employé
 - Ouvrier
 - Indépendant

- En incapacité/invalidité
 - Sans emploi
 - Autre _____
- f.** Quelle est votre profession actuelle ? _____
- g.** À combien estimez-vous vos revenus nets annuels ? _____
- h.** Quelle est ou était la profession de vos parents ? _____
- i.** Dans quelle province habitez-vous ?
- Hainaut
 - Namur
 - Liège
 - Luxembourg
 - Brabant wallon
 - Région de Bruxelles-Capitale
- j.** Quelle description correspond le mieux à votre habitat ?
- Village
 - Petite ville
 - Grande ville (> 100 000 habitants)
 - Autre (précisez) _____
- l.** Quel sexe vous a été assigné à la naissance ?
- Masculin
 - Féminin
 - Je suis intersexe (précisez votre assignation de naissance, si vous le souhaitez) _____
- l.** Vous identifiez-vous comme homme à l'heure actuelle ?
- Oui
 - Non (précisez, si vous le souhaitez) _____
- m.** Quel terme décrirait le mieux votre orientation sexuelle ?

- Gay
- Bisexuel/pansexuel
- Hétérosexuel, malgré des rapports occasionnels avec des hommes
- En questionnement
- Je ne m'identifie à aucun de ces termes (précisez, si vous le souhaitez)

n. Au niveau de vos pratiques sexuelles, vous avez principalement eu des rapports avec :

- Des hommes (cisgenres ou transgenres)
- Des femmes (cisgenres ou transgenres)
- Des personnes non binaires transféminines
- Des personnes non binaires transmasculines

Échelle de Likert allant de 1 (« Cela ne m'est jamais arrivé ») à 6 (« Exclusivement ») pour chaque proposition

SUICIDALITÉ (SBQ-R; TRADUCTION PERSONNELLE)

Veillez sélectionner la déclaration ou la phrase qui s'applique le mieux pour vous.

a. Avez-vous déjà pensé au suicide ou essayé de vous suicider ? (*ne sélectionnez qu'une proposition*)

- Jamais
- Il s'agissait juste d'une **brève** pensée passagère
- J'ai **eu, au moins une fois, un plan** pour me suicider mais n'ai **pas** essayé de le faire
- J'ai **eu, au moins une fois, un plan** pour me suicider et je voulais vraiment mourir
- J'ai **essayé** de me suicider mais je ne voulais **pas** mourir
- J'ai **essayé** de me suicider et j'espérais vraiment mourir

b. À quelle fréquence avez-vous pensé au suicide l'année dernière ? (*ne sélectionnez qu'une proposition*)

- Jamais
- Rarement (1 fois)
- Parfois (2 fois)
- Souvent (3-4 fois)
- Très souvent (5 fois ou plus)

c. Avez-vous déjà dit à quelqu'un que vous alliez vous suicider ou que vous pourriez le faire ? (*ne sélectionnez qu'une proposition*)

- Non
- Oui, une fois, mais je ne voulais pas vraiment mourir
- Oui, une fois, et je voulais vraiment me suicider
- Oui, plus d'une fois, mais je ne voulais pas le faire
- Oui, plus d'une fois, et je voulais vraiment le faire

d. Quelle est la probabilité que vous fassiez un jour une tentative de suicide ? (*ne sélectionnez qu'une proposition*)

- Jamais
- Aucun risque

- Plutôt peu probable
- Peu probable
- Probable
- Plutôt probable
- Très probable

COMPORTEMENTS SEXUELS

Les questions suivantes visent à en savoir plus sur vos pratiques sexuelles de ces 12 derniers mois.

a. À combien de mois remonte votre dernier dépistage ? _____

b. Avez-vous déjà utilisé le TPE (traitement post-exposition) dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

c. Quels types de pratiques avez-vous eues ces 12 derniers mois ? (*cochez toutes les propositions qui s'appliquent*)

- Pénétration anale (je me faisais pénétrer)
- Pénétration anale (je pénétrais)
- Pénétration vaginale (je me faisais pénétrer)
- Pénétration vaginale (je pénétrais)
- Sexe oral (sur quelqu'un)
- Sexe oral (sur moi)
- Je n'ai eu aucune de ces pratiques dans les 12 derniers mois

d. Avez-vous eu des rapports sexuels sans préservatif dans les 12 derniers mois pour les pratiques suivantes :

- Pénétration anale (je me faisais pénétrer)
- Pénétration anale (je pénétrais)
- Pénétration vaginale (je me faisais pénétrer)
- Pénétration vaginale (je pénétrais)
- Sexe oral (sur quelqu'un)
- Sexe oral (sur moi)
- Je n'ai eu aucune de ces pratiques dans les 12 derniers mois

Les options de réponse sont : « Oui » ; « Non » ; « Oui, mais dans une relation monogame exclusive » ; « Je n'ai pas eu cette pratique » et « Je ne suis plus sûr »

e. Si vous avez répondu oui, aviez-vous un autre mode de protection en place ?

- Mon partenaire ou moi-même utilisons la PrEP
- Mon partenaire ou moi-même sommes sous traitement antirétroviral pour le VIH

- Mon partenaire et moi-mêmes nous étions fait tester récemment
- Autre _____

fa. Avez-vous pratiqué le chemsex dans les 12 derniers mois ? Oui Non

fb. Quelle(s) substance(s) aviez-vous consommé ?

- GHB/GBL
- Cocaïne
- Cathinones (3-MMC, Tina, Drone...)
- Kétamine
- Méthamphétamine
- Autre _____

g. En dehors de contexte de chemsex, avez-vous eu des rapports sexuels sous l'emprise d'une substance, alcool compris, dans les 12 derniers mois ? Oui Non

h. De quelle(s) substance(s) s'agissait-il ?

- GHB/GBL
- Cocaïne
- Cathinones (3-MMC, Tina, Drone...)
- Kétamine
- Méthamphétamine
- Autre _____

i. Combien de partenaires avez-vous eu dans les 12 derniers mois ? _____

j. Avez-vous échangé un rapport sexuel contre de l'argent, un service ou un quelconque avantage dans les 12 derniers mois ?

- Non
- Oui, en offrant l'argent, le service ou l'avantage
- Oui, en recevant l'argent, le service ou l'avantage
- Les deux

k. Avez-vous utilisé une application de rencontre dans le but de trouver des partenaires sexuels dans les 12 derniers mois ? Oui Non

SOUTIEN SOCIAL (MSPSS)

a. Il y a une personne en particulier qui est là quand j'en ai besoin

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Assez d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

b. Il y a une personne en particulier avec laquelle je peux partager mes joies et mes peines

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Assez d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

c. Ma famille essaie vraiment de m'aider

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Assez d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

d. Je reçois de ma famille toute l'aide émotionnelle et le soutien dont j'ai besoin

- Pas du tout d'accord

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Assez d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

e. Je connais une personne en particulier qui est une vraie source de réconfort pour moi

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Assez d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

f. Mes amis essaient vraiment de m'aider

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Assez d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

g. Je peux compter sur mes amis quand les choses vont mal

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre

- Assez d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

h. Je peux parler de mes problèmes avec ma famille

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Assez d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

i. J'ai des amis avec lesquels je peux partager mes joies et mes peines

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Assez d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

j. Il y a quelqu'un de spécial dans ma vie qui s'inquiète de ce que je ressens

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Assez d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

k. Ma famille est prête à m'aider à prendre des décisions

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Assez d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

l. Je peux parler de mes problèmes avec mes amis

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Assez d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

DÉPRESSION (PHQ-8)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné par les problèmes suivants ?

a. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié du temps
- Presque tous les jours

b. Être triste, déprimé ou désespéré

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié du temps
- Presque tous les jours

c. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi, ou dormir trop

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié du temps
- Presque tous les jours

d. Se sentir fatigué ou manquer d'énergie

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié du temps
- Presque tous les jours

e. Avoir peu d'appétit ou manger trop

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié du temps

Presque tous les jours

f. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul, ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu soi-même

Jamais

Plusieurs jours

Plus de la moitié du temps

Presque tous les jours

g. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision

Jamais

Plusieurs jours

Plus de la moitié du temps

Presque tous les jours

h. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude

Jamais

Plusieurs jours

Plus de la moitié du temps

Presque tous les jours

SOLITUDE (ULS-8)

Indiquez la fréquence avec laquelle chacun des énoncés décrit bien ce que vous ressentez. Cocher une option pour chaque énoncé.

a. Je n'ai pas assez de compagnons (compagnes)

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent

b. Il n'y a personne à qui je peux avoir recours

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent

c. Je suis une personne sociable

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent

d. Je me sens exclu

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent

e. Je me sens isolé des autres

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois

Souvent

f. Je peux m'entourer de compagnons (compagnes) quand je le veux

Jamais

Rarement

Quelques fois

Souvent

g. Je me sens malheureux d'être aussi retiré

Jamais

Rarement

Quelques fois

Souvent

h. Les gens sont autour de moi et non avec moi

Jamais

Rarement

Quelques fois

Souvent

ESTIME DE SOI (ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE)

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en sélectionnant l'option appropriée.

a. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égal à n'importe qui d'autre

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

b. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

c. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

d. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

e. Je sens peu de raisons d'être fier de moi

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord

Tout à fait en accord

f. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même

Tout à fait en désaccord

Plutôt en désaccord

Plutôt en accord

Tout à fait en accord

g. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi

Tout à fait en désaccord

Plutôt en désaccord

Plutôt en accord

Tout à fait en accord

h. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même

Tout à fait en désaccord

Plutôt en désaccord

Plutôt en accord

Tout à fait en accord

i. Parfois je me sens vraiment inutile

Tout à fait en désaccord

Plutôt en désaccord

Plutôt en accord

Tout à fait en accord

j. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien

Tout à fait en désaccord

Plutôt en désaccord

Plutôt en accord

Tout à fait en accord

C.2 Tableau annexe

Variable	N	Modalité de genre			p-value ²	q-value ³
		Total N = 64 ¹	Hommes trans N = 47 ¹	NB AFAB N = 17 ¹		
Âge (années)	64	24.0 (22.0, 27.5)	24.0 (21.0, 27.0)	25.0 (23.0, 29.0)	0.3	>0.9
Plus haut diplôme acquis	64				0.3	>0.9
<i>Secondaire inférieur</i>		3 (4.7%)	3 (6.4%)	0 (0%)		
<i>CESS</i>		27 (42%)	22 (47%)	5 (29%)		
<i>Supérieur court</i>		20 (31%)	12 (26%)	8 (47%)		
<i>Supérieur long</i>		14 (22%)	10 (21%)	4 (24%)		
Revenus annuels (€)	64	11,500 (1,307, 18,500)	12,000 (24, 20,000)	10,000 (2,000, 16,500)	0.9	>0.9
Statut professionnel	34				>0.9	>0.9
<i>En invalidité</i>		3 (8.8%)	2 (8.0%)	1 (11%)		
<i>Sans emploi</i>		8 (24%)	6 (24%)	2 (22%)		
<i>Emploi</i>		23 (68%)	17 (68%)	6 (67%)		
HISEI	64	59 (43, 73)	57 (39, 71)	70 (57, 79)	0.036	0.4
Isolement social	64	31 (26, 42)	34 (26, 43)	30 (26, 39)	0.6	>0.9
Dépression	64	12.5 (9.0, 19.0)	12.0 (9.0, 19.0)	14.0 (9.0, 19.0)	0.5	>0.9
Suicidalité	64	12.0 (8.5, 15.0)	11.0 (8.0, 15.0)	13.0 (9.0, 16.0)	0.5	>0.9
Faible estime de soi	64	17 (11, 21)	16 (11, 21)	17 (15, 18)	0.6	>0.9
Solitude	64	21.0 (17.0, 24.0)	20.0 (17.0, 24.0)	24.0 (21.0, 26.0)	0.020	0.2
Risque sexuel élevé	64	26 (41%)	18 (38%)	8 (47%)	0.6	>0.9

¹ Median (Q1, Q3); n (%)

² Wilcoxon rank sum test; Fisher's Exact Test for Count Data with simulated p-value (based on 2000 replicates); Pearson's Chi-squared test with simulated p-value (based on 2000 replicates)

³ Holm correction for multiple testing

Tableau v. – Comparaison entre les participants trans et NB AFAB

C.3 Stabilité des estimations

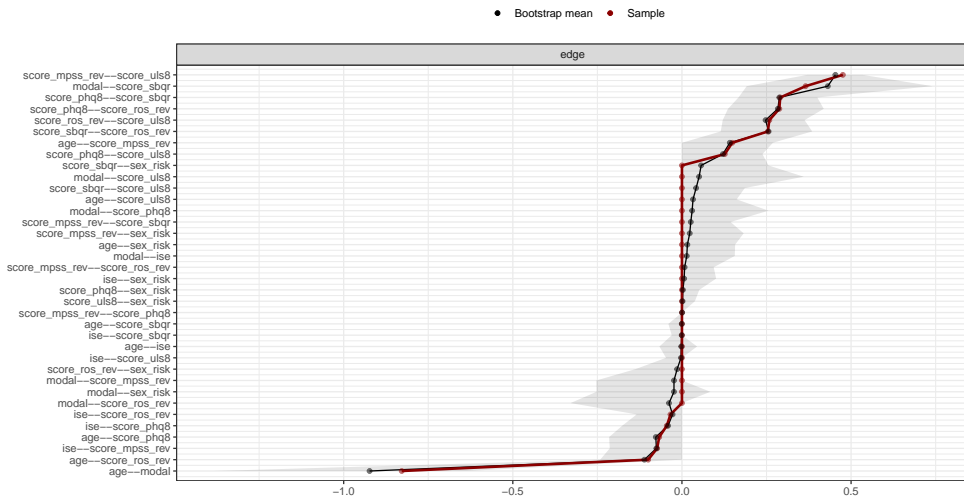


Fig. i. – Intervalles de confiance bootstrap des poids des arêtes

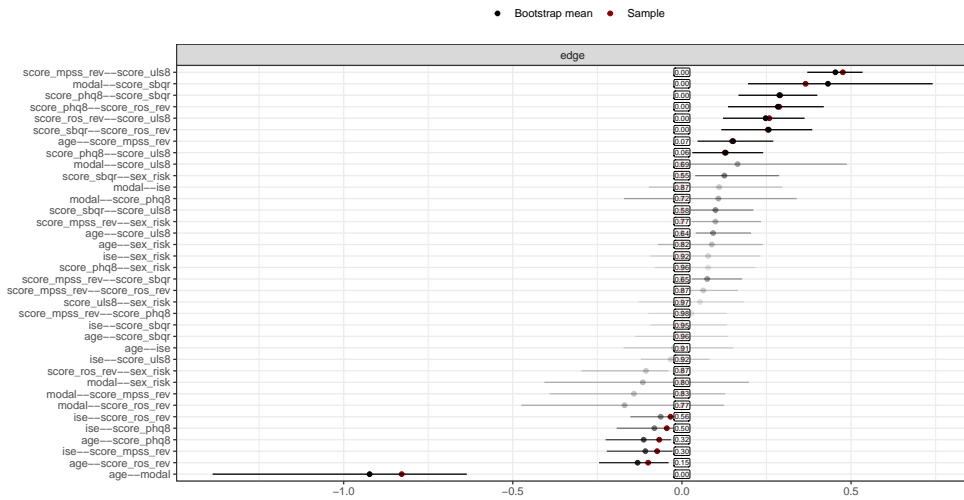


Fig. ii. – Intervalles de confiance bootstrap des poids des arêtes (séparation zéro)

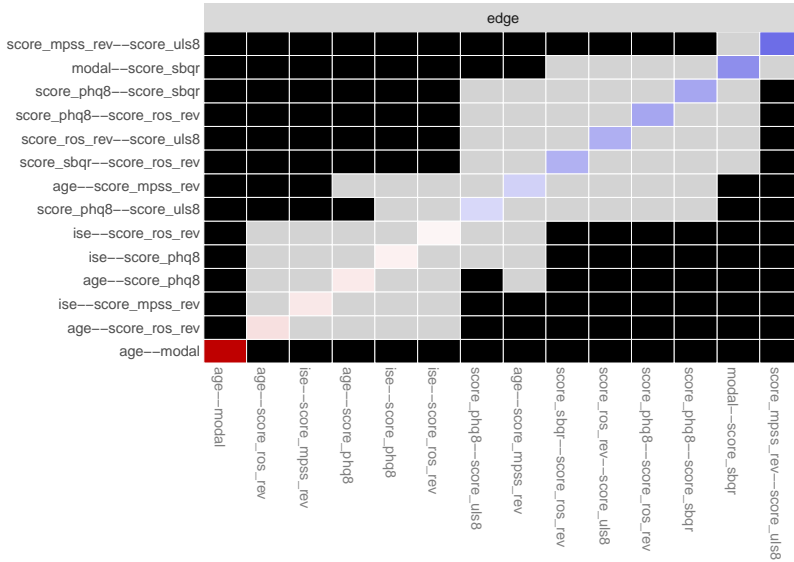


Fig. iii. – Test de différence bootstrap des arêtes non nulles du réseau

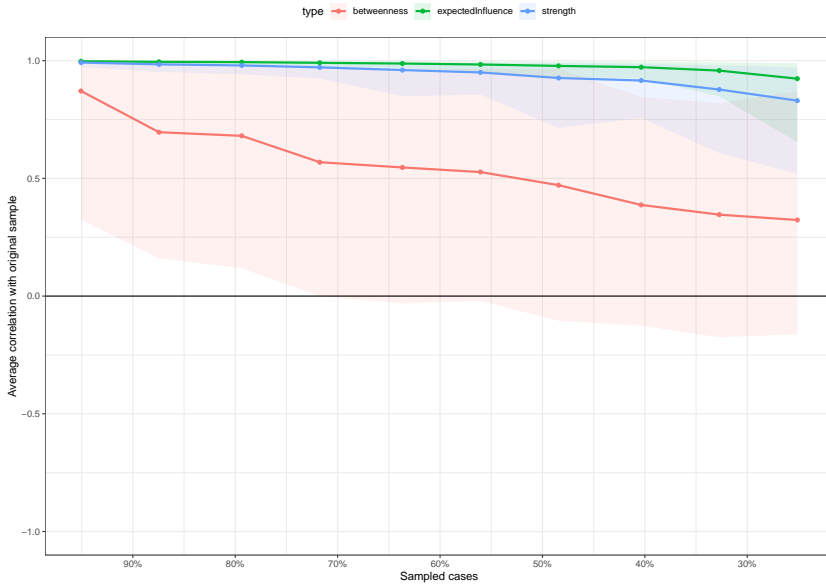


Fig. iv. – Stabilité des indices de centralité (bootstrap par suppression de cas)

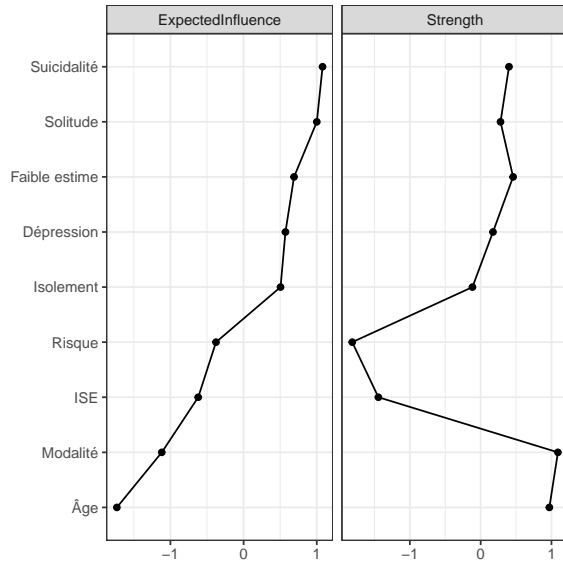


Fig. v. – Influence attendue et force des nœuds du réseau (z-scores)

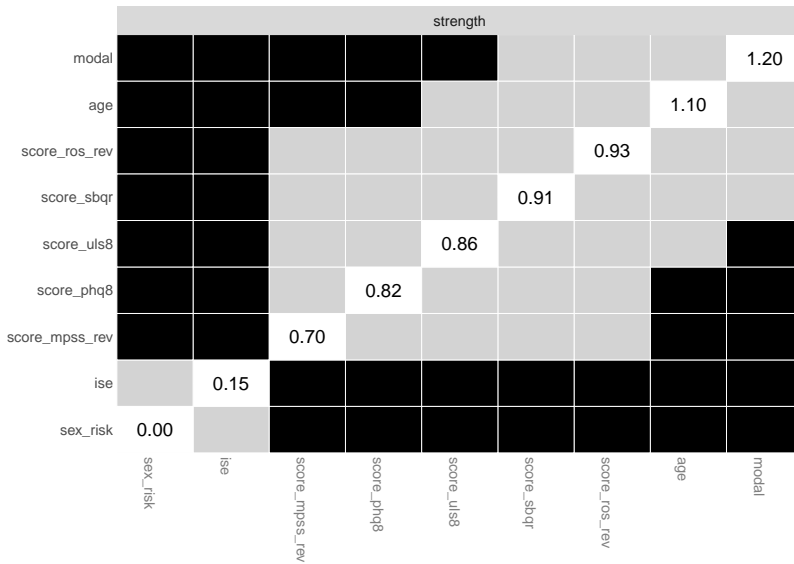


Fig. vi. – Test de différence bootstrap de la force des nœuds du réseau

C.4 Analyse par pentes simples

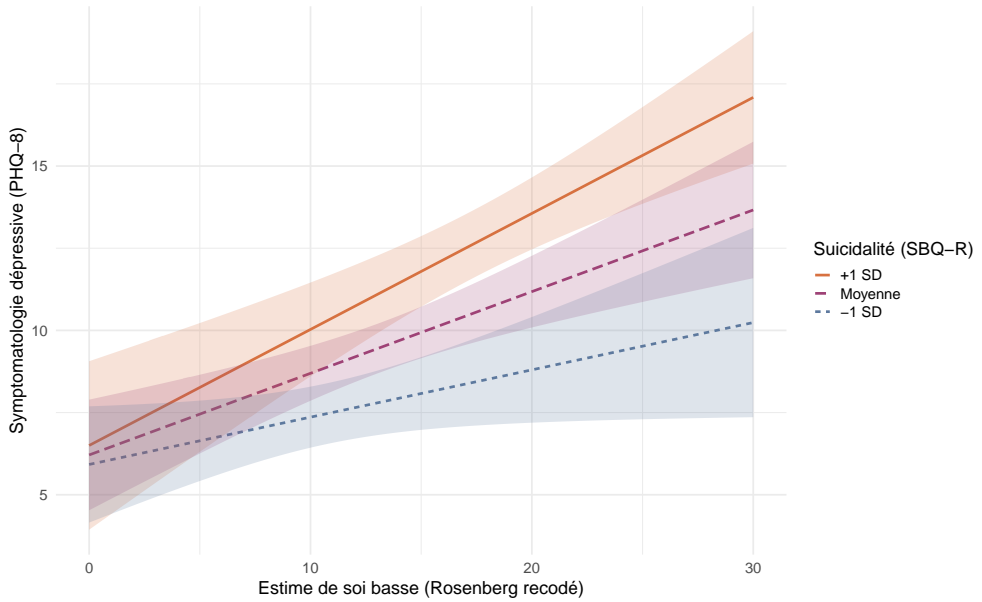


Fig. vii. – Analyse par pentes simples de l'interaction entre estime de soi et suicidalité sur la symptomatologie dépressive

C.5 Analyses post-hoc

Variables	OR¹	95% CI	p-value
Suicidalité (SBQ-R)	1.66**	1.27, 2.35	0.001
Dépression (PHQ-8)	0.99	0.83, 1.17	0.9
Solitude (ULS-8)	0.92	0.76, 1.10	0.4
Isolement social (MPSS inversé)	1.05	0.99, 1.12	0.15
Faible estime de soi (Rosenberg inversé)	0.87	0.72, 1.02	0.11

¹ *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

Abbreviations: CI = Confidence Interval, OR = Odds Ratio

Tableau vi. – Résultats de la régression logistique du risque sexuel

Variable	OR	IC 95%	valeur p	p ajustée¹
Rapports non protégés	1.33	1.06, 1.73	0.020	0.099
Partenaires à risque	1.14	0.78, 1.66	0.467	1.000
Chemsex	0.69	0.06, 2.73	0.625	1.000
TPE	0.28	0.00, Inf	1.000	1.000
Travail du sexe	1.34	0.93, 2.11	0.143	0.574

¹ Correction de Holm-Bonferroni pour 5 comparaisons multiples

Tableau vii. – OR de SBQ-R sur les composantes du risque sexuel