HAL
open science

Santé LGBTIQ : Introduction

Arnaud Alessandrin, Johanna Dagorn, Anastasia Meidani, Gabrielle Richard, Marielle Toulze

To cite this version:

Arnaud Alessandrin, Johanna Dagorn, Anastasia Meidani, Gabrielle Richard, Marielle Toulze. Santé LGBTIQ : Introduction. Arnaud Alessandrin, Johanna Dagorn, Anastasia Meidani, Gabrielle Richard, Marielle Toulze. Santé LGBTIQ : les minorités de genre et de sexualité face aux soins, Le bord de l'eau, pp.7-19, 2019, 978-2-35687-699-7. hal-02129429

HAL Id: hal-02129429

https://univ-tlse2.hal.science/hal-02129429v1

Submitted on 14 May 2019

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

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

SANTE L.G.B.T.I.Q

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS : **3**

SOMMAIRE **5**

INTRODUCTION **7**

Arnaud Alessandrin, Johanna Dagorn, Anastasia Meidani, Gabrielle Richard, Marielle Toulze.

1ere PARTIE : SANTE SCOLAIRE DES MINEUR.E.S LGBT **20**

L'école du bleu et du rose. L'impact de la transgression aux normes de genre à l'école **21**

Clément Reverse

Ce qu'on sait (ce qu'on ne sait pas) des expériences scolaires des élèves LGBTQI en France **29**

Gabrielle Richard

Exposition des jeunes non exclusivement hétérosexuel·le·s à la violence et aux problèmes de santé : quelle est la situation ? **37**

Stadelmann Sophie, Lucia Sonia, Ribeaud Denis, Bize Raphaël

2eme PARTIE : CANCEROLOGIE ET SANTE LGBT **45**

« Queerir » le cancer. **47**

Subjectivités, savoirs, soins du cancer et justice sociale **47**

Geneviève Rail, Mary Bryson, Tae L. Hart, Jacqueline Gahagan, Janice Ristock et Lorna Boschman

Communauté LGBTI et cancer : besoins de soutien et ressources **57**

Anastasia Meidani

Cancers, minorites de genre et de sexualite : un nouvel element de mesure dans la sante des LGBTIQ ? **65**

Meidani Anastasia, Alessandrin Arnaud, Marouchka Dubot

3eme PARTIE : CORPS SEXUÉS – CORPS MODIFIÉS **73**

Critiquer et reconduire les normes de genre. Une analyse de discours sur la chirurgie esthétique des organes génitaux **75**

Hélène Martin, Raphaëlle Bessette-Viens et Rebecca Bendjama

« Nos corps peints et tatoués - nous-mêmes ». Des expériences en santé communautaire menées par et pour des personnes LGBTQI. **84**

Isabelle Sentis

Représentations des corps LGBTI : entre débords des corps et crispations des frontières normatives **91**

Marielle Toulze

4eme PARTIE : ACTIONS DE SANTE **99**

Améliorer la santé scolaire par l'éducation au respect de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres : impacts de l'approche par témoignage du GRIS-Montréal dans les écoles primaires du Québec **101**

Olivier Vallerand & Marie Houzeau

Transidentites et processus adolescent **109**

Fanny Poirier

Sciences sexe et identites : un programme pedagogique. Entretien avec celine brockmann et ferdinando miranda **118**

Entretien réalisé par Johanna Dagorn, Gabrielle Richard, Anastasia Meidani, Marielle Toulze et Arnaud Alessandrin

Entretien avec grey pride **123**

Réalisé par Johanna Dagorn, Anastasia Meidani, Marielle Toulze, Gabrielle Richard et Arnaud Alessandrin.

INTRODUCTION

Arnaud Alessandrin, Johanna Dagorn, Anastasia Meidani,

Gabrielle Richard, Marielle Toulze

1- DES-HÉTÉROSEXUALISER LA SANTÉ

Corps suspectés, corps niés, corps incriminés, corps négligés, corps psychiatrisés, corps abimés : et si les corps des personnes LGBTIQ - Lesbiennes, Gays, Bisexuel.le.s, Trans, Intersexes et Queer - devenaient aussi des corps soignés ? Des corps dont on prend soin. Des corps sur lesquels on se penche, non pour les objectifier, en faire des cas d'étude, des diagnostics, mais pour les accompagner ? Faire un geste, écouter, se déplacer, développer une nouvelle vision des problématiques de santé des minorités de genre et de sexualité : en somme, déshétérosexualiser nos approches. Mieux s'approcher de ces questions, non comme on explique seulement, mais comme on découvre, au fur et à mesure, en prenant compte des expériences.

Nos représentations sur la santé des personnes LGBTIQ sont marquées par de grandes fresques maintes fois répétées. Celle du VIH/sida en fait évidemment partie. D'Hervé Guibert à *120 battements par minute*, de Guillaume Dustan à *Dallas Buyers Club*, c'est l'image du corps maltraité, abandonné, rejeté qui ressurgit. C'est aussi le corps oublié, par les pouvoirs publics, parfois même par la recherche. Plus rarement oublié par l'individu lui-même, à la manière d'un Melvil Poupaud, allongé sur le sable en attendant sa mort, dans *Le temps qui reste* (2005). Par ces figures, transparaît une identité particulière : celle du corps gay, porteur (en fantasme) de l'infamie, de la maladie, de la dégénérescence, de la contamination, de la contagion. À ses côtés, les identités lesbiennes restent « illisibles », pour reprendre les termes de Monique Wittig, c'est-à-dire non seulement invisibles mais également réduites à des corps de femmes sans aucune autre qualité culturelle ou expérientielle qui conduiraient à questionner, elles aussi, leur santé. Si la santé des femmes est « une affaire d'hommes » (Salle, 2017), la santé des lesbiennes n'est l'affaire de personne. Quant aux corps trans et intersexes, ils n'auront été nommés que par d'autres (des psychiatres, des chirurgiens, des endocrinologues…) au travers des protocoles de traitements situés « trop près du diagnostic / trop loin du soin » (Meidani, 2018). Synthétisée de la sorte par Anastasia Meidani, la prise en charge des personnes trans (et par extension la prise en charge des personnes intersexes) se traduit donc par la centralité du soupçon et de la rectification dans les protocoles de santé. Jamais, dans le court panorama que nous venons de dépeindre, il n'aura été question de de « prendre soin », de « santé globale », de « qualité de soin », de « bien-être ». Et, dans de très nombreux textes et écrits médicaux, lorsqu'il est question d'éthique, nous sommes bien en peine de trouver à quelle éthique ceci se raccroche réellement.

Nous pourrions nous interroger sur cet « angle mort » que constituent les vies et les émotions LGBTIQ dans l'analyse des conditions et des parcours de santé de ces minorités. Deux pistes interprétatives pourraient être avancées. La première tient au processus de normalisation qui s'est longtemps abattu sur les corps homosexuels et, dans une actualité plus brûlante encore, sur les corps trans et intersexes. Il faut le souligner : les questions de santé homosexuelle et celles de santé trans et intersexes ont été nettement séparées dans une récente actualité. En effet, les débats autour de la PMA ou encore du VIH hépatite ont

rendu prioritaires ou du moins plus visibles les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive. Enfin, rappelons que pour les personnes trans ou intersexes, la « médecine de correction » n'est pas seulement correctrice, elle est aussi correctionnelle. Elle avance comme une sanction appliquée à ces corps « indignes », voués à passer sous le scalpel, sans un réel consentement qui se voudrait « éclairé ». « Thérapies » de conversations hétérosexuelles, mutilation de corps intersexes, sur-psychiatrisation des corps trans… Si nulle part il n'est question d'éthique - mais les LGBTIQ sont-ils les seul.e.s dans ce cas ? -, il n'est aussi nulle part question d'effets thérapeutiques réels. Car là n'est pas l'objectif premier des dispositifs de prise en charge des corps trans ou intersexes : il convient de les rectifier d'une « erreur de la nature », psychique ou anatomique, endocrinienne ou développementale. L'objectif n'est pas tant de soigner mais de rectifier, de normaliser, de contenir un corps qui franchit les normes, de l'endiguer afin qu'il ne déborde plus jamais. Ainsi aura-t-on parfois plus protégé des tiers que l'individu lui-même. N'est-ce pas ce que veut signifier Mireille Bonierbale, ancienne présidente de la Société Française d'Étude et de prise en Charge des Transidentités (SOFECT) lorsqu'elle écrit que les demandes transidentitaires sont des « épidémies » provoquées, selon elle, par les séries télévisées américaines[1] (2005) ? Ce qui vient d'ailleurs, ce qui ne reproduit pas l'habitude silencieuse des normes et de leurs violences, ce qui surprend, est incriminé (Toulze, 2016) : l'on comprend que la question de la santé LGBTIQ doit se départir d'innombrables écueils avant d'être réellement interrogée. Protéger la société qui pourrait se sentir menacée, plus que la personne requérant des soins. N'est-ce pas non plus ce que souligne Vincent Guillot (2013) lorsqu'il témoigne des mutilations génitales qu'il a subies, enfant, sur son corps sain mais jugé non-conforme ? Mutilations dont on peut s'interroger : au service de quel soin ont-ils été prodigués ? Est-ce réellement pour le bien de l'enfant ou, comme le dénonce Vincent Guillot, pour protéger avant tout le bien-être parental ? Protéger les parents et les normes sociales plus que le corps de l'enfant…

Mais il existe une seconde explication à l'impensé relatif à la santé générale des personnes LGBTIQ : le sentiment d'une « neutralité » du soin. Le corps soigné se voit vidé de sa singularité et rempli de critères, de diagnostics, de mesures. Il n'existe pas des femmes et des hommes soigné.e.s : il existe des patient.e.s qui se différencient seulement par la présence ou l'absence d'organes et de symptômes qui leurs sont attribués. C'est ainsi que l'« universalisme » du soin se fait jour dans les récits des soignant.e.s. *« Je soigne pareil les hommes et les femmes, les homos ou les hétéros : pourquoi je ferais une différence, moi ? Je suis médecin, je dois soigner tout le monde de la même façon !* » (Didier, 41 ans, médecin généraliste[2]). Les rapports subjectifs aux institutions et aux professionnel.le.s qui les représentent, les rapports singuliers au corps et à la santé, ne peuvent indéfiniment faire l'économie d'une approche par les identités non seulement des bénéficiaires mais aussi des soignant.e.s. Les questions de genre et de sexualité doivent faire leur entrée dans l'analyse des interactions et des parcours de santé, au-delà des catégories épidémiologiques que sont celles de femmes et d'hommes (Meidani, 2018). Prendre conscience du mythe d'un traitement objectifié et identique entre les personnes ne revient pas à renoncer à ce qu'il porte comme principe de justice sociale. C'est pourquoi, du côté des minorités de genre et de sexualité notamment, on ne peut penser cette « fiction nécessaire » (Dubet, 2004) comme acquise.

---

[1] BONIERBALE Mireille BORSTEIN Serge, MAZENOD Bruno, MOREL-JOURNEL Nicolas, LERICHE Albert, Transsexualisme, ce qu'il faut savoir, A.I.M. 106, 2005

[2] Les citations sont issues du verbatim du questionnaire ou des entretiens réalisés lors de la recherche « SANTE LGBTI ».

Dès lors, nous avons souhaité toute l'équipe de la recherche SANTÉ LGBTI[3] a souhaité proposer un pas de côté vis-à-vis des recherches traditionnelles sur les questions de santé des minorités de genre et de sexualité. Nous avons, dans cet esprit, préféré nous plonger dans des thématiques jusque-là ignorées ou peu traitées sous cet angle, comme le cancer, la bariatrie ou la santé scolaire, laissant sciemment de côté les problématiques liées à la santé sexuelle et reproductive qui bénéficient déjà de larges recherches et de publications. D'autres thèmes auraient pu être abordés comme par exemple celui de la santé globale des personnes LGBTIQ en lien avec les médecins généraux (Jedrzejewski, 2016). Toutefois cette préoccupation n'est pas non plus écartée de nos recherches. Elle transparaît notamment lorsque nous parvenons à constater que 60 % des LGBTIQ ayant répondu à notre enquête rapportent se sentir « mal à l'aise » avec leurs médecins - toutes spécialités confondues. Nous aurions également pu mettre en avant la question du vieillir LGBTIQ, question promue par l'association GreyPride en France, et à laquelle nous avons souhaité laisser une place dans ce livre. La question de la santé des LGBTIQ au travail aurait, elle aussi, mérité un traitement particulier, tout comme celle du handicap (Gerbaud, 2014). Poursuivons avec la question des soins en gynécologie qui, comme l'a souligné le rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes (2018), reste le théâtre d'actes et des gestes sexistes, et par là même lesbophobes et transphobes. Il aura fallu faire ces choix que nous ne regrettons pas tant ils sont porteurs d'un nouvel élan dans la recherche en santé des minorités, mais qui racontent aussi quelque chose de l'importance à poursuivre ces travaux autour de nouvelles thématiques.

Du point de vue méthodologique, nous avons opté pour une recherche pluri-méthodologique, par questionnaire, observations et entretiens (20 par thématique), ancrée sur une revue de littérature étayée. Au total, 1.047 réponses (en ligne) nous sont parvenues sur une période de récolte de données s'étalant de juin à septembre 2017. S'ajoute à cela une base de données de plus de 100 textes consultés au sujet de la santé, principalement scolaire, des personnes LGBTIQ. Cette dissymétrie dans les apports bibliographiques se retrouve aussi dans ce livre, puisqu'une grande partie des contributions traitera des mineurs et des jeunes LGBTIQ dans un cadre scolaire. Aux côtés des travaux de l'équipe de recherche, il fut également possible d'obtenir des entretiens et des observations autour du triptyque thématique retenue pour cette recherche et ses terrains afférents : en cancérologie, en santé scolaire ou bien en bariatrie. Cette recherche a enfin donné lieu à un colloque de deux jours, à Bordeaux, les 18 et 19 janvier 2018 : ce livre en est, en partie, le témoignage.

2. SANTÉ LGBTI ET SANTÉ SCOLAIRE

Cette recherche s'est donc déployée sur des sujets encore largement ignorés des recherches françaises en matière de santé LGBTI : la cancérologie, la bariatrie (et à ses côtés la question du rapport au corps), ainsi que la santé scolaire. Ce dernier sujet reste - à n'en point douter- le plus évident à traiter du fait d'une littérature à ce propos qui s'étoffe, à l'étranger plus qu'en France, et d'une prise de conscience, tardive mais progressive. D'après les enquêtes de climat scolaire réalisées par Éric Debarbieux ou Johanna Dagorn, on peut estimer qu'en moyenne, près de 10 % des élèves d'un établissement sont harcelés (2015), ce qui représente environ 3 élèves par classe. Et parmi les critères répétés de discrimination et de harcèlement, se trouvent toujours l'identité de genre et l'orientation affective et / ou sexuelle (réelle ou supposée). Ce qui se sédimente dans les subjectivités des jeunes

[3] La recherche inaugurale de ce livre ne comprenait pas les idenités « queer ». La lettre « Q » disparait donc du titre. Toutefois, à l'analyse, ces identités multiples reviennent, nécessitant parfois un nouvel ajout. D'autres fois, pour des raisons thématiques ou méthodologiques, c'est la question intersexe qui ne pourra pas être abordée. Nous laissons donc les auteur.e.s libres de leurs intitulés quant à l'acronyme LGBTIQ (ou autre).

LGBTIQ, c'est le sentiment de honte, de violence, d'illégitimité. Tou.te.s n'ont bien évidemment pas la même expérience scolaire, la même expérience du *coming out* et de la relation aux pairs, mais tou.te.s expérimentent la menace de la sanction, de la mise à l'écart, du retrait. Cette menace, et son application dans bien des cas, inaugurent un sentiment de discrimination durablement ancré. À cet égard, il ne faut pas comprendre l'injure et le harcèlement uniquement du point de vue du droit, du refus de service par exemple, car à l'école, rares sont les cas qui prennent cette forme (sinon pour les enseignant.e.s et les professionnel.le.s LGBTIQ de l'Éducation Nationale). Il s'agit plutôt d'une perception[4], loin d'être irréelle, d'être « traité.e différemment », « mis.e à part », « suspecté.e ». Et pourtant, la scolarité et la santé des mineur.e.s LGBTIQ scolarisé.e.s apparaît bien tardivement dans le champ de la recherche académique française, sous l'impulsion d'études qualitatives (Ayral, 2014 ; Pasquier, 2017) et, plus rarement, quantitatives (Reversé, 2016 ; Dagorn et Alessandrin, 2015), alors que des études similaires sont davantage développées en Suisse (Dayer, 2014) ou au Québec (Pullen-Sansfaçon et Meyer, 2018 ; Richard et Chamberland, 2016) par exemple. Les recherches qualitatives sur la question du vécu des mineur.e.s bisexuel.le.s ou homosexuel.le.s scolarisé.e.s ont toutes montré le continuum entre le sexisme et les homophobies (Joing-Maroye et Debarbieux, 2014) et insistent toutes sur ce que Gabrielle Richard, Line Chamberland et Michaêl Bernier nomment la « persévérance » des élèves lesbiennes, gais, bisexuels ou en questionnement[5] (2013). L'enquête réalisée sur la santé LGBTI[6] montre par exemple que 50 % des jeunes homosexuel.le.s ont ressenti des discriminations durant leur scolarité. Les injures sont fréquemment citées mais les violences, intimidations, harcèlements et cyberharcèlements reviennent également. Plus encore, il apparaît qu'aux côtés des injures et du harcèlement, c'est la possibilité même d'être homosexuel.le, bisexuel.le, intersexe ou trans qui marque les subjectivités de ces jeunes[7].

Au total, ces éléments sont bien plus prononcés au collège qu'au lycée où respectivement 73 % et 57 % des jeunes LGB s'y sont sentis « (plutôt) pas bien ». Parmi celles et ceux qui parlent de ces évènements à des proches, rares sont les cas où les adultes encadrants apparaissent comme des ressources. En effet, moins de 10 % des jeunes gays, lesbiennes ou bisexuel.le.s privilégient leur équipe encadrante pour en parler. Si « en parler » nécessite de savoir « de quoi » parler, avec quels mots pour se prononcer, cela nécessite aussi un climat de confiance. 7,1 % des répondant.e.s de l'enquête se déclarent par exemple « pansexuel.le.s » (principalement les moins de 25 ans) : mais à qui prononcer ces identités encore peu connues du grand public, comme des adultes encadrant.e.es, eux-mêmes / elles-mêmes soumis.e.s à l'hétéronormativité du contexte scolaire (Richard, 2015). En contrepartie, les réseaux sociaux et les ami.e.s sont de loin perçus comme des ressources premières, devant les parents. Il s'esquisse ici une tendance générale à laquelle il convient d'être attentif.ve.s car l'explosion des identifications par soi (« queer » « pansexuel.le.s ») ne répond pas toujours aux grammaires connues et maitrisées par les adultes en charge des mineur.e.s scolarisé.e.s. Ce différentiel a pour principale conséquence le sentiment, de la

---

[4] La perception est un concept central, développé en 1945 par Merleau Ponty et qui depuis a fait date dans les théories des Sciences Humaines et Sociales. L'un des buts poursuivi par Maurice Merleau Ponty, était d'étudier « la conscience entrain d'apprendre » p.52. Maurice Merleau-Ponty, *La phénoménologie de la perception*, Gallimard, Collection Tel, Paris, 2005 (1945).

[5] Les personnes « en questionnement » de genre ne se catégorisent pas dans une case genrée, masculine ou féminine. « Queer » remplace parfois « en questionnement »

[6] Nous rappellons que la recherche n'avait pas pris initialement en compte les identités « queer » car le traitement statistique d'une constellation d'identités paraissait compliqué. Toutefois, la possibilité de s'auto-définir ainsi a été laissée aux individus. En réalité, sur quelques *items* comme celui de l'expérience scolaire, les réponses des personnes « queer » ont pu être collectées !

[7] Sur ce sujet, voir notamment le travail de l'association canadienne GRIS qui s'engage depuis 1994 à lutter dans les écoles contre les discriminations sexuelles. Son travail est exposé dans cet ouvrage sous la plume de Marie Houzeau, directrice générale, GRIS-Montréal et d'Olivier Vallerand, intervenant et coordinateur à la recherche, GRIS-Montréal.

part de ces mêmes mineur.e.s, d'être nié.e.s, ou encore incompris.e.s. Sur l'autre versant, celui des professionnel.le.s, s'exprime parfois l'idée que l'instabilité des termes (leur nouveauté en réalité) est symptomatique de l'instabilité identitaire de ces jeunes. Àl'image des bisexuel.le.s que l'on sommait de « choisir », de ne pas rester dans l'entre-deux (Dussaut, 2018).

Enfin, et c'est ce qui nous intéresse principalement, les conséquences de ces expériences scolaires en termes de santé, de décrochage scolaire, d'isolement, mais aussi d'anorexie ou de boulimie sont à souligner. Dans les très nombreux témoignages recueillis, on trouve avec récurrence des éléments relatifs aux toilettes, à la cantine : dans des espaces d'interactions ou d'ostracisme, les corps LGBTIQ sont mis à l'épreuve, des regards, des coups, des bousculades, des humiliations. Ce constat qualitatif est repris par d'autres recherches comme celles d'Éric Debarbieux (2018) sur l'oppression viriliste et les violences scolaires. « Et si on s'occupait enfin des toilettes ? », note par exemple le chercheur, sans ironie aucune, soulignant avec insistance la dimension fortement anxiogène et à risque de ces espaces méprisés par l'institution.

Plus dramatiques sont les témoignages concernant la sur-suicidalité des LGBTIQ (Firdion, 2011). Sur cette question, quelques précisions doivent être apportées en différenciant (artificiellement dans de très nombreux cas) « orientation sexuelle », « identité sexuelle » et « pratique sexuelle ». Selon les études de Firdion, il apparaît que plus les identités de genre et de sexualité sont affirmées, plus les risques de sur-suicidalité augmentent, suggérant que l'identité visible se confronte aux oppositions et aux haines. Le moment du *coming out* est, et reste encore aujourd'hui, un instant particulièrement sous tension. Les questions des pratiques sexuelles (homos ou bis) sont plus marquées par des épisodes d'*outing* ou de (cyber) harcèlement qui soumettent les jeunes LGBTIQ à des bouleversements sociaux, relationnels et psychiques. De plus, les questions relatives aux orientations sexuelles sont encore soumises au poids du secret, à l'invisibilité, aux pressions du « placard ». Tous ces éléments peuvent malheureusement se confondre et se cumuler, rendant d'autant plus urgente la prise en compte sociale et politique de la sur-suicidalité des jeunes LGBTIQ.

En zoomant, on se rend vite compte que les mineur.e.s trans et intersexes sont les grand.e.s oublié.e.s des enquêtes réalisées sur ces questions (Alessandrin, 2017). Pourtant, les chiffres de notre enquête soulignent l'urgence à penser également ces populations en termes de décrochage scolaire et de santé scolaire. Par exemple, plus de 82 % des 257 personnes trans et intersexes interrogées dans le cadre de notre enquête (217 trans et 40 intersexes) ont jugé leur expérience scolaire « (plutôt) pas très bonne ». Ce taux, que l'on peut comparer aux différentes mesures du climat scolaire dans les établissements, indique une dégradation considérable des expériences vécues par ces jeunes. Du point de vue qualitatif, les jeunes trans et les jeunes intersexes témoignent de trois ruptures distinctes : une absence de réponses adaptées à leurs problèmes administratifs (usage du bon prénom, reconnaissance de l'identité de genre de l'élève…), une forte tension relationnelle (harcèlements et violences entre pairs, incompréhension ou violence de certains parents), et enfin une psychiatrisation trop fréquente de leurs demandes de médicalisation et d'hormonothérapie par les infirmier.e.s scolaires comme par les parents. En outre, la revue de la littérature réalisée montre le net retard français en matière de prise en compte de cette santé scolaire des jeunes LGBTIQ (Richard et Alessandrin, 2019).

3- LA CANCÉROLOGIE COMME ÉLÉMENT DE MESURE DE LA SANTÉ DES PERSONNES LGBTI

Aux côtés de la santé scolaire, la question de la bariatrie et de la cancérologie sont aussi abordées. Cette dernière avait déjà été traitée en France dans le cadre d'une recherche qualitative concernant la population trans (Meidani, 2017), mais n'avait pas été reconduite sous une forme quantitative, en incluant plus largement les questions LGBTIQ. À cet égard, notons qu'il est important pour nous de pouvoir parfois utiliser le sigle « LGBTIQ » tout en demeurant conscient.e.s de l'amalgame qu'il provoque entre identité de genre et orientation sexuelle. En effet, ceci nous permet d'une part, d'obtenir des chiffres robustes que l'émiettement des identités ne permet pas toujours de restituer. D'autre part, cela permet de comparer les LGBTIQ à l'ensemble de la population et, ce faisant, de souligner les différences potentielles entre les parcours de santé des deux groupes constitués. D'autres fois encore, les questions trans, intersexes, gays, bisexuelles et lesbiennes seront séquencées afin d'éclairer leurs spécificités singulières.

Avec 385.000 nouveaux cas de cancers dépistés en France chaque année selon l'INCA (Institut National du CAncer, 2015), le cancer est un bon mètre étalon du rapport contemporain à la santé, aux institutions de soins, et à la prévention. Maladie de la modernité, le cancer est aussi une préoccupation significative des politiques de santé publique. Cette enquête montre que les chiffres du dépistage du cancer, toutes tumeurs confondues, diffère au regard de la moyenne de la population. Selon les données chiffrées de l'INCA en 2016, le taux de participation de la population éligible au dépistage organisé pour le cancer du sein était de plus de 50 %, de 30 % pour le cancer colorectal (avec une participation plus forte des femmes que des hommes), et de 60 % pour le cancer de l'utérus. Dans notre enquête, sur 179 personnes de plus de 50 ans ayant répondu à la question « au cours de votre vie, vous êtes-vous déjà fait dépister pour un cancer ? », nous obtenons un taux de réponses positives moyen de 35 % (et de 18 % pour l'ensemble de l'échantillon, surreprésenté du côté des jeunes LGBTIQ). Nous ne sommes pas en mesure d'expliquer avec fermeté ce différentiel, l'hypothèse que les personnes LGBTIQ se font significativement moins dépister s'esquisse à l'horizon. Tout comme les pratiques à risques, de certaines populations à l'image des hommes gays et bisexuels semblent tisser des liens avec certains cancers tel le cancer de la peau (Blashill, 2015) ? Les recherches internationales semblent plutôt insister sur les difficultés relationnelles avec les soignant.e.s et sur les complications dues à des situations intersectionnelles qui croiseraient les questions de pauvreté ou de migration, plus que les seules questions LGBTIQ. Mais qu'en est-il en France ? Ces chiffres, nous l'espérons, pourront ouvrir la voie à une recherche mixte (quantitativement et qualitativement ancrée) spécifique sur ce sujet.

Plus encore, notre recherche s'est intéressée aux rapports aux soins. Ainsi, toutes populations LGBTIQ et toutes pathologies confondues, seules 38 % des personnes sondées sont régulièrement accompagnées dans leurs parcours de santé. Et la plupart du temps, ce sont les mères qui s'emploient à ce travail de *care* ou le *cure* entre en jeu. Autre chiffre symptomatique : 40 % des personnes sondées ne parlent pas de leur orientation sexuelle ou de genre à leur médecin (généraliste). Il y a plusieurs raisons à cela : la non-nécessité ressentie d'évoquer ces questions, la volonté de ne pas continuellement en rendre compte, la gêne ou la honte… On serait surpris.e de poser la question à des personnes hétérosexuelles et cisgenres. Que répondre à cette question ? N'auraient-elles pas la sensation que leur hétérosexualité est « naturellement » évoquée lorsqu'il s'agit de dire « ma compagne », « mon mari », « mon épouse » ou « mon compagnon » ? Peut-être auraient-elles l'impression, à l'inverse, de ne jamais en parler, comme pour garder illusoirement cela du côté du privé ? Pour les personnes LGBTIQ, la réception des propos intimes et privés par le ou la soignante ne va pas de soi : entre mauvais jugements et incompréhensions (réels ou supposés), l'interaction soignant.e.s / soigné.e.s semble beaucoup plus marquée par des craintes, des silences, des oppositions aussi. Le déploiement d'un marché des réputations

(« médecins *trans-friendly* » ; « médecins *gay-friendly* ») constitue une des réponses apportées par les collectifs LGBTIQ à ces épreuves réelles et / ou appréhendées en régime de santé. Au total, dans notre enquête, 60 % des personnes sondées ont eu le sentiment d'avoir été mal à l'aise du fait de leur orientation sexuelle et / ou de genre, devant un.e médecin.

Sophie a 55 ans. Avec sa compagne, elle se rend à l'hôpital pour un cancer du sein qui lui a été diagnostiqué voici quelques jours. Elle annonce sa venue au secrétariat. La secrétaire appelle l'oncologue et prononce ces mots, d'une banalité totale : « Madame X est arrivée. Elle est accompagnée. » Sophie se dirige alors vers la salle s'attente. Quelques minutes plus tard, le médecin ouvre la porte de son cabinet de consultation et dit « Madame et monsieur X, s'il vous plait ». Sophie se lève, ainsi que sa compagne. Mais cette dernière se rassoit après avoir entendu l'appel du médecin. Elle laissera Sophie entrer seule dans le cabinet. Un bref échange de regard, et la porte se referme. A l'intérieur du cabinet, le médecin l'interroge : « vous n'étiez pas accompagnée ? ». « Si » répond Sophie, « mais de ma femme, comme l'autre fois. Et vous m'avez appelée comme si ma femme était un homme. Elle est restée à m'attendre ». Elle termine sèchement sa phrase. Visiblement désolé, l'oncologue se confondra en excuses. Il propose de faire entrer la compagne de Sophie mais cette dernière refuse, argumentant qu'après cette consultation elle irait voir « un autre médecin. » (Observation faite le 5 juin 2017).

4- EXISTE-T-IL DES RAPPORTS AUX CORPS SPÉCIFIQUES AUX LGBTI ?

Le rapport à la santé des personnes LGBTIQ se mesure aussi à l'aune de leurs rapports au corps. Pourtant, des questions comme celle de la santé bariatrique ne sont toujours pas travaillée, en France, au sein de cette population. À l'étranger, en revanche, cette intersection entre santé, corps et genre connaît des amorces intéressantes. Certaines enquêtes montrent par exemple que les perceptions qu'ont les hommes gays de leur corps ont peu à voir avec « le corps moyen », qui présente souvent un léger surpoids, des poils, des peaux non-lisses (Finnault et Drummond, 2008). Si l'on peut se demander d'où vient ce décalage, une des premières réponses fut écrite à destination de la pression des médias (Gay, 2013). À l'image des femmes (Meidani, 2007), la normativité médiatique entraînerait des modifications significatives sur la façon dont les hommes gays se perçoivent (puisque c'est sur cette population que les travaux ont été les plus fréquents). C'est ainsi que la revue *Psychology of men and masculinity* publie en 2016 les résultats d'une étude (Frederick et Essayli, 2016) montrant que les hommes gays avaient une image de leurs corps plus dégradée que les hommes hétérosexuels (21 % d'image positive de soi chez les hommes gays contre 29 % chez les hommes hétérosexuels), et une insatisfaction notable liée à leur musculature (45 % d'insatisfaction chez les hommes gays contre 30 % chez les hétérosexuels). Dans le même temps, ils se sentent pourtant légèrement moins en surpoids que les hommes hétérosexuels (39 % contre 44 %) – un élément qui, de toute évidence, ne suffit pas pour consolider l'estime de soi. Dans l'ensemble, les hommes homosexuels expriment, selon les auteurs, plus de préoccupations liées à l'apparence que les hommes hétérosexuels. Ils sont aussi plus nombreux à établir un lien entre leurs précédentes réponses et le rôle des médias. Ce lien entre médias et corps invite à dénoncer la fabrique par les médias des stéréotypes des corps obèses et la diffusion de préjugés grossophobes. On peut estimer que ces représentations médiatiques sont intériorisées par les personnes souffrant d'obésité, mais également par les équipes soignantes et se rejouent dans les relations soignant.e.s / soigné.e.s (Toulze, 2018). En réponse à l'affirmation « Je me sens obligé d'avoir un corps plus attirant à cause des magazines et de la télévision », 58 % des hommes homosexuels se sont montrés d'accord, contre seulement 29 % des hommes

hétérosexuels (Frederick et Essayli, 2016). Conformément à ces résultats, les hommes homosexuels sont plus affectés par le jugement d'autrui. Au total, dans cette même enquête, les hommes homosexuels sont plus susceptibles que les hommes hétérosexuels de modifier leur corps. Par exemple, 7% des hommes homosexuels ont déclaré avoir subi une chirurgie esthétique au cours de la dernière année, contre seulement 1% des hommes hétérosexuels. De plus, 37% des hommes homosexuels ont suivi un régime de perte de poids et 12% ont eu recours à des pilules pour maigrir au cours des 12 derniers mois (pour les hommes hétérosexuels, les chiffres étaient respectivement de 29% et 5%).

Notre enquête a tenté de « traduire » ces éléments dans le contexte français. Elle permet de donner quelques pistes, exploratoires au vue de la durée de la recherche, qui confirment ce qui est stipulé par Frederick et Essayli et présenté *supra*. Mais elle permet aussi de comparer ces résultats avec ceux des femmes homosexuelles et des personnes trans et non binaires. Ce pas de côté reste assez rare dans les recherches internationales sur la question et souligne, dès qu'il est réalisé, un lien distendu entre les personnes trans ou *gender fluid* et une « bonne » perception corporelle en matière de poids notamment (Henrichs-Beck, 2017). Parmi les personnes sondées qui ne se sont « jamais » préoccupées de leur prise de poids (soit 190 personnes), on retrouve 53 % de femmes, 12 % de personnes trans (n'ayant pas voulu répondre « homme » ou « femme ») et non-binaires, et 35 % d'hommes. Parmi les personnes ayant rapporté se soucier « souvent » de leur prise de poids (soit 510 personnes), on note 44 % de femmes, 44 % d'hommes et 12 % de personnes non-binaires, queer ou trans. C'est donc très nettement du côté des hommes, et des hommes gays, que la proportion de personnes se souciant régulièrement de leur poids est la plus visible. Parallèlement à cela, sur 590 personnes LGBTIQ déclarant ne jamais avoir suivi de régime, nous trouvons 45 % de femmes, 42 % d'hommes et 13 % de personnes trans, queer, ou non-binaires. Àl'inverse, sur 130 personnes ayant suivi un régime, se trouvent 53 % d'hommes, 38 % de femmes et 9 % de personnes non-binaires, trans ou queer. Là encore, c'est très nettement du côté des hommes gays que le différentiel se creuse, venant souligner une fois de plus que le rapport aux corps des hommes gays, des femmes lesbiennes et des personnes trans ou *queers* n'est certes pas le même, mais, plus encore, que la lecture hétérosexuelle du rapport aux corps est amplement négociée. Le régime n'est ici plus l'apanage des femmes et les questions de poids, plus un souci exclusivement féminin, bien que nous ne puissions faire abstraction de la pression sociale qui s'exerce sur les femmes tant du point de vue des médias, de la santé, du travail ou encore de la famille. Rappelons qu'en France, ce sont massivement les femmes qui ont recours à une chirurgie bariatrique (Toulze *et al.*, 2018)[8]. De même, qu'il faut également souligner que très peu de travaux portent encore aujourd'hui sur la prépondérance des femmes dans les troubles alimentaires. Cet angle aveugle de la recherche (comme bien d'autres que nous avons déjà relevés) gagnerait à être plus investi par nos communautés scientifiques. Cet aparté souligné, concernant les personnes homosexuelles, il ne faut pas conclure hâtivement une « inversion » des codes et des normes hétérosexuels. En réalité, il semble plutôt s'exercer là un rapport au corps et à l'esthétisme propre aux cultures gays et lesbiennes. Néanmoins, cette première conclusion ne saurait non plus pleinement nous satisfaire tant il existe des sous-communautés LGBTIQ qui travaillent, à leur manière, leur corporéité : peut-on comparer les hommes gays *bears* ou garçons *twinks* ? De même, qu'en est-il réellement des populations lesbiennes et de l'influence d'autres éléments comme le féminisme sur la sante des LGBTIQ ? Par exemple, la recherche de Swami et Tovée (2006) a examiné les associations entre l'identité lesbienne, féministe et l'IMC de femmes lesbiennes comme hétérosexuelles, en comparant des femmes homosexuelles et hétérosexuelles se déclarant féministes et non-féministes. Les résultats ont montré que, indépendamment de l'orientation

sexuelle et de l'association au féminisme, l'IMC[9] était un prédicteur dominant de l'attrait physique chez les personnes lesbiennes. Ainsi, il y aurait des différences significatives entre les lesbiennes et les hétérosexuelles dans les images jugées les plus attrayantes, les lesbiennes préférant les images de femmes avec des IMC significativement plus élevés que les femmes hétérosexuelles. En revanche, l'auto-identification en tant que féministe ne semble pas être associée à une préférence pour des IMC plus grands. Les résultats sont discutés en termes de théorie socioculturelle, ce qui suggère que différentes communautés puissent avoir différents idéaux de beauté, non seulement en fonction de leur orientation sexuelle mais aussi à leurs engagements féministes.

Une nouvelle fois, cette enquête lance des pistes d'analyse et, dans un même temps, des frustrations pour quiconque souhaite trouve là des réponses serrées, cohérentes, totales. Comme en ce qui concerne la cancérologie, la question bariatrique et les questions de poids chez les LGBTIQ nécessite une nouvelle enquête spécifique.

En parallèle, d'autres recherches ont démontré que les hommes homosexuels présentent un risque plus élevé de développer un trouble de l'alimentation comme l'anorexie et la boulimie. Par exemple, selon une autre étude portant sur l'évaluation des symptômes liés aux troubles de l'alimentation, seul 1 % des hommes hétérosexuels remplissaient les critères associés à ces troubles, contre 10 % des hommes homosexuels. En revanche, 13 % des femmes hétérosexuelles et 9 % des lesbiennes étaient classées comme ayant un trouble de l'alimentation (Strong *et al*., 2000).

Les problèmes d'image corporelle des personnes LGBTIQ peuvent avoir un impact négatif sur leur vie sexuelle et leurs relations. Mais il serait réducteur de lire ces schémas relationnels à l'encontre d'un imaginaire hétéronormatif : de nouveau, c'est d'un déplacement des représentations qu'il s'agit. Deux logiques sont ici à l'œuvre. D'une part, il apparaît une spécialisation de la recherche autour des santés gays, lesbiennes, bissexuelles, transgenres et intersexes (même si nous manquons de données) pour souligner les spécificités de chacune de ces populations, et ainsi les comparer. D'autre part, un regroupement de ces catégories afin de souligner le biais hétéro et cisgenré des recherches actuelles de santé. C'est ce double mouvement qu'esquisse l'ensemble des articles de ce livre.

4- A PLUSIEURS VOIX AUTOUR DE LA SANTE DES PERSONNES LGBTIQ

Pour engager ce glissement analytique, nous avons réuni dans cet ouvrage plusieurs articles de contributrices et contributeurs issu.e.s du colloque « Sante LGBTI » (Janvier 2018, Bordeaux).

Organisé en quatre parties, ce livre s'ouvre une première thématique : celle de la santé scolaire des mineur.e.s LGBTIQ. Participation scolaire, harcèlement, sur-suicidité, rapports aux pair.e.s, aux programmes, aux adultes encadrant.e.s : qu'est-ce qui caractérise le climat scolaire vécu par les LGBTIQ ? Le premier article s'intitule « l'école du bleu et du rose : l'impact de la transgression des normes de genre à l'école ». Extrait du travail de master 2 de Clément Reverse, il donne à voir l'embarras de l'institution scolaire à l'égard des mineur.e.s trans ou des mineur.e.s gender fluid. Cette entrée qualitative en la matière est poursuivie par un second article portant un état des lieux de la prise en compte académique et politique des élèves LGBTIQ. Ecrit par Gabrielle Richard et intitulé « ce qu'on sait (ce qu'on ne sait pas) des expériences scolaires des élèves LGBTQI en France », il insiste sur les progrés récents mais lacunaires en terme de connaissance des minorités de genre et de

[9] Indice de Masse Corporelle

sexualité au sein de l'école française. Au cœur de ces deux premières contributions : la question des discriminations, du harcèlement et des humiliations subies par les jeunes LGBTIQ. C'est précisément ce sur quoi revient le troisième article de ce premier chapitre, écrit parSophieStadelmann, Sonia Lucia, Denis Ribeaud, Raphaël Bize. En provenance de Suisse, les éléments quantitatifs qu'il délivre exposent, pour reprendre leur titre, la situation « des jeunes non exclusivement hétérosexuel·le·s à la violence et aux problèmes de santé » dans un contexte scolaire.

Notre discussion se poursuit sur un second chapitre autour de la thématique de la cancérologie. Comme nous le stipulions plus haut, c'est la question de l'expérience des patient.e.s LGBTIQ et l'établissement d'un état des lieux des connaissances sur ce domaine qui ont animés l'écriture de ces contributions. Geneviève Rail, Mary Bryson, Tae Hart, Jacqueline Gahagan, Janice Ristock et Lorna Boschman inaugurent ces questionnements en restituant une recherche-action canadienne autour du récit des patient.e.s « queer » atteint.e.s de cancer. Plus orientés vers l'empowerment des patients que vers la pathologisation de ces dernier.e.s, les auteur.e.s entreprennent de « queerir » le cancer » à travers l'analyse des subjectivités, des savoirs, des soins en cancerérologie et du sentiment de justice sociale des patient.e.s interrogé.e.s dans leur enquête. Anastasia Meidani accompagne quant à elle ce chapitre par une revue de la littérature autour des notions de minorités de genre, de minorités sexuelles et de cancer. La chercheuse s'interroge sur la tension entre besoin de soutien, de ressources et de connaissance des communautés LGBTIQ en prise avec l'évènement cancer. Aux côtés d'Arnaud Alessandrin et Marouchka Dubot, Anastasia Meidani prolonge ses interrogations dans un second article intitulé « cancers, minorités de genre et de sexualité : un nouvel élément de mesure de la santé des LGBTIQ ? ». Tou.te.s troisquestionnent ce que le cancer fait aux études LGBTIQ et ce que les communautés (ne) font (pas) aux parcours de santé en cancérologie.

Le troisième chapitre porte quant à lui sur les modifications corporelles. Cette question n'est pas nouvelle. En effet, les cliniques transgenres et intersexes ont par exemple été lagement exposées, discutées et critiquées. Toutefois nous avons décidé de discuter les angles morts de ce qui est habituellement entendu par « transformation des corps ». C'est notamment ce que font Hélène Martin, Raphaëlle Bessette-Viens et Rebecca Bendjama dans leur article intitulé « reconstruire et reconduire les normes de genre » qui propose une analyse des discours sur la chirurgie esthétique des organes génitaux, dans une comparaison entre ce qui est dit et attendu des opération génitales « cisgenres » et « transgenres ». Donnant à voir la suspition projetée sur les demandes transgenres, cet article souligne le régime inégalitaire de santé auquel sont confrontées les personnes trans au-delà des questions psychiatriques. Qui dit corps modifié, dit corps réapproprié. C'est ce qu'analyse Isabelle Sentis, avec un regard de praticienne communautaire, dans son article intitulé « nos corps peints et tatoués - nous-mêmes » en proposant d'exposer des expériences en santé communautaire menées « par et pour des personnes LGBTIQ ». A la manière du précédent chapitre, c'est la question du pouvoir des communautés face aux questions de santé et de maladie qui est ici interrogée. Un dernier article clot cette thématique du corps transformé en mettre en écho les questions de bariartie, de poids, de rapport au corps et de minorité de genre et de sexualité. Reprenant les résultats de l'enquête, Marielle Toulze questionne les rapports spécifiques au corps en lien avec la mondialisation. Elle dénonce la radicalisation des frontières de genre qui se téléscope avec les sigularités des corps LGBTIQ. Cette contribution ouvre un nouveau champ dans l'étude de la santé globale des personnes LGBTIQ.

Nous terminons cet ouvrage sur des « pratiques » et des « interventions » en santé. Elles sont l'écho le plus fidèle des tensions, des paradoxes, des émotions et des lieux où se

rencontrent praticien.ne.s, associations de santé et populations concernées. Dans un premier article, Olivier Vallerand et Marie Houzeau reviennent sur leurs expériences et expértises en matière d'intervention scolaire et de santé scolaire des LGBTIQ. Intitulé « améliorer la santé scolaire par l'éducation au respect de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres », cet article restitue un relevé des impacts de l'approche par témoignages du GRIS-Montréal dans les écoles primaires du Québec. Un second article intitulé « transidentités et processus adolescent » et écrit par Fanny Poirier expose les modalités de prise en charge de mineur.e.s trans au sein d'un service hospitalier parisien. A la fois pratique et théorique, cette contribution fait un pas de côté significatif eu égard aux protocoles actuels de prise en charge des mineur.e.s trans en France et démontre que les approches en terme de santé des minorités ne sont jamais ni « évidente » ni sans controverses. Ce chapitre et ce livre se referment sur deux entretiens. Le premier, avec Celine Brockmann et Ferdinando Miranda, restituent les contours et le déroulé d'un programme pédagogique suisse visant à vulgariser les questions de sexuation, de sexe, de genre et, par extention, à lutter contre les sexismes et les LGBTIQphobies à travers des ateliers. Le second entretien laisse la parole à un sujet non abordé durant le colloque « Santé LGBTI » et pourtant central : celui du vieillir LGBTIQ. Réalisé par Johanna Dagorn, Gabrielle Richard, Anastasia Meidani, Marielle Toulze et Arnaud Alessandrin, cet entretien avec l'association GreyPride aborde non seulement les notions de vieillir LGBTIQ mais aussi les notions de solitude, de précarité, de santé …

Au terme de cette introduction, nous faisons le constat que la santé des personnes LGBTIQ souffre encore de nombreuses données inconnues, de nombreux terrains inexplorés. Nous espérons qu'à travers ces pages les lectrices et les lecteurs trouveront des éléments de réponses aux questions contemporaines que pose une meilleure prise en compte des minorités de sexe et de sexualité. Nous espérons également que cet ouvrage servira aux personnes concernées, aux associations et aux collectifs, de même qu'il sera un moyen d'interpeller les politiques publiques en vue d'un meilleur accompagnement de la recherche autour de ces problématiques. Enfin, si nous devions faire un vœu, ce serait très certainement d'avoir contribué à l'ouverture d'un nouveau champ de recherche pour de futur.es masterant.e.s et doctorant.e.s, d'avoir en somme soutenu l'importance d'interroger la santé globale des minorités.

BIBLIOGRAPHIE

ALESSANDRIN Arnaud, « Enfants trans, quel accompagnement ? », *Revue de Santé Scolaire et Universitaire*, 7, 41, 2017, pp. 25-26.

AYRAL Sylvie, La fabrique des garçons, PUF, 2014.

BLASHILL Aaron, PAGOTO Sherryl, « Skin cancer risk in gay and bisexual population », *Jama Dermathology,* vol.151, n.12, pp: 1293-1325.

CHAMBERLAND Line, RICHARD Gabrielle, "Changing the school climate – A critical examination of the policies and strategies adopted in the province of Quebec (Canada)", in RUSSELL Steven, HORN Stacey (dir.), *Sexual Orientation, GenderIdentity, and Schooling*, New York, Oxford UniversityPress, 2016, pp. 194-215.

DAGORN Johanna, ALESSANDRIN Arnaud, « Être une fille, un gay, une lesbienne ou un.e trans au collège et au lycée », *Le sujet dans la cité*, 6, 2, 2015, pp. 140-149.

DAGORN Johanna « Les ABCD de l'égalité: un outil adapté et efficace », in *Pour en finir avec la fabrique des garçons* (S. AYRAL et Y. RAIBAUD dir.), MSHA, pp : 263-269, 2014.

DAYER Caroline, ALESSANDRIN Arnaud, « Entre survisibilité et invisibilité : polieet transgression de genre dans le contexte scolaire», in DUGAS E, FERREOL Gilles (dir.), *Oser l'autre*, Louvain-la-Neuve, EME, 2015, pp. 87-110

DEBARBIEUX Éric, et al. « Oppression viriliste et violences scolaires », *rapport en ligne*, 2018.

DEBARBIEUX Éric, Harcèlement en milieu scolaire, DUNOD, 2015.

DUBET François, L'École des chances : qu'est-ce qu'une école juste ?, Seuil, 2004

DUSSAUT Felix, « Les bisexualités : un révélateur social de l'amour », *revue des sciences* sociales, n.58, 2018.

FILLIAUT Shaun, DRUMMOND Murray, 2008, « Methods and methodologies: investigating gay men's body image in Westernized cultures », *Critical Public Health, 19,* pp : 307-323.

FIRDION Jean-Marie, BECK Françoise, SCHILTZ Marie-Ange, « Les minorités sexuelles face au risque suicidaire », *BEH*, 2011, n° 47-48 : p. 508-510.

FREDERICK, Davis, ESSAYLI Jamal, « Male body image: The roles of sexual orientation and body mass index across five national U.S. Studies », *Psychology of Men & Masculinity*, n.17, vol.4, pp: 336-351, 2016.

GAY Ludovic, « Homosexus mediaticus »*, Les cahiers de la transidentité,* vol.2, pp : 101-116, 2013.

GERBAUD Chris, « Ecrire les queer-disabilities », *Observatoire des transidentités* [en ligne], 2014.

GUILLOT Vincent, « Mon corps a-t-il un sexe ? », *Les cahiers de la transidentité*, vol.3, pp : 2014, pp : 31-36.

HENRICKS-BECK Christine *at al.*, 2017, « Gender expression, body–gender identity incongruence, thin ideal internalization, and lesbian body dissatisfaction », *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, Vol 4, n.1, Mar, 2017. pp. 23-33.

HCEFH, Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées, rapport [en ligne], juin 2018

HUSSON Anne-Charlotte, « Police de genre » in *Genre !* (ESTEVE-BELLEBEAU Brigitte et ALESSANDRIN Arnaud dir.), Des ailes sur un tracteur, 2014.

JEDRZEJEWKI Thibaut, Enquête Gays et Lesbiennes - Médecine Générale (dir.), 2016.

JOING-MAROYE Isabelle, DEBARBIEUX Éric (dir.), « Violences de genre et violences sexistes à l'école », *Recherches et éducations,* 8 & 9, 2013.

MEIDANI Anastasia, « Le cancer a-t-il un genre ? », in *Parcours de santé. Parcours de genre*(A. MEIDANI et A. ALESSANDRIN dir.), PUM, 2018, pp : 69-85

MEIDANI Anastasia, ALESSANDRIN Arnaud, « Cancers et transidentités : une nouvelle « population à risques » ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 35, no. 1, 2017, pp. 41-63.

MEIDANI Anastasia, *La fabrique du corps,* PUM, 2007.

PASQUIER Gael, « Danser à l'école primaire. Entre questionnement des stéréotypes de sexe et reconfiguration du système de genre », *Terrains & travaux*, vol. 29, no. 2, 2016, pp. 195-216.

PULLEN SANSFACON Annie, MEYER Elisabeth, *Supporting transgender and gender-creativ youth,* Pater Lang 2018.

REVERSE Clément, « L'école du bleu et du rose - Ce que les outsiders de genre font sur l'École », mémoire de master 2, (sous la direction d'Arnaud Alessandrin) Université de Bordeaux, 2016.

RICHARD Gabrielle, « Taire ou exposer la diversité sexuelle ? Impacts des normes de genre et de l'hétéronormativité sur les pratiques enseignantes », Genre, sexualité & société [En ligne], vol.13, 2015.

RICHARD Gabrielle, CHAMBERLAND Line, BERNIER Michaël, « Les violences homophobes et leurs impacts sur la persévérance scolaire des adolescents au Québec », *Recherches & éducations*, vol.8, pp : 99-114, 2013.

RICHARD Gabrielle, ALESSANDRIN Arnaud, « Embarras et normativité dans les politiques éducatives des jeunes trans au Québec et en France », *Genre Sexualité Société* [En ligne, à paraître].

SALLE Muriel, VIDAL Catherine, Femmes et santé : encore une affaire d'homme ?, Belin, 2017.

STRONG Scott, WILLIAMSON Donald, NETEMEYER Richard, GEER James, « Eating Disorder Symptoms and Concerns About Body Differ as a Function of Gender and Sexual Orientation ». *Journal of Social and Clinical Psychology,* vol. 19, n.2, pp. 240-255, 2000.

SWAMI Viren, TOVEE Martin, 2006, « The Influence of Body Mass Index on the Physical Attractiveness Preferences of Feminist and Nonfeminist Heterosexual Women and Lesbians », *Psychology of women quarterly*, Volume: 30 issue: 3, page(s): 252-257.

TOULZE Marielle, « Représentations de l'obésité et corps de l'obèse » in Parcours de soin/ parcours de genre, sous la direction d'Anastasia Meidani et Arnaud Alessandrin, Éditions PUM, Toulouse, 2018, pp : 149-165.

TOULZE Marielle et al. « Enquête ETP et suivi bariatrique », rapport en ligne, Maison de santé des 7 collines, Mutuelle de la Loire, Saint-Etienne, 2018.

TOULZE Marielle, ALESSANDRIN Arnaud, « Les figures du dégout », *L'inqualifiable* (P. Liotard dir.) [En ligne], 2016