

2020

POUR EN FINIR AVEC LES « LABYRINTHES »

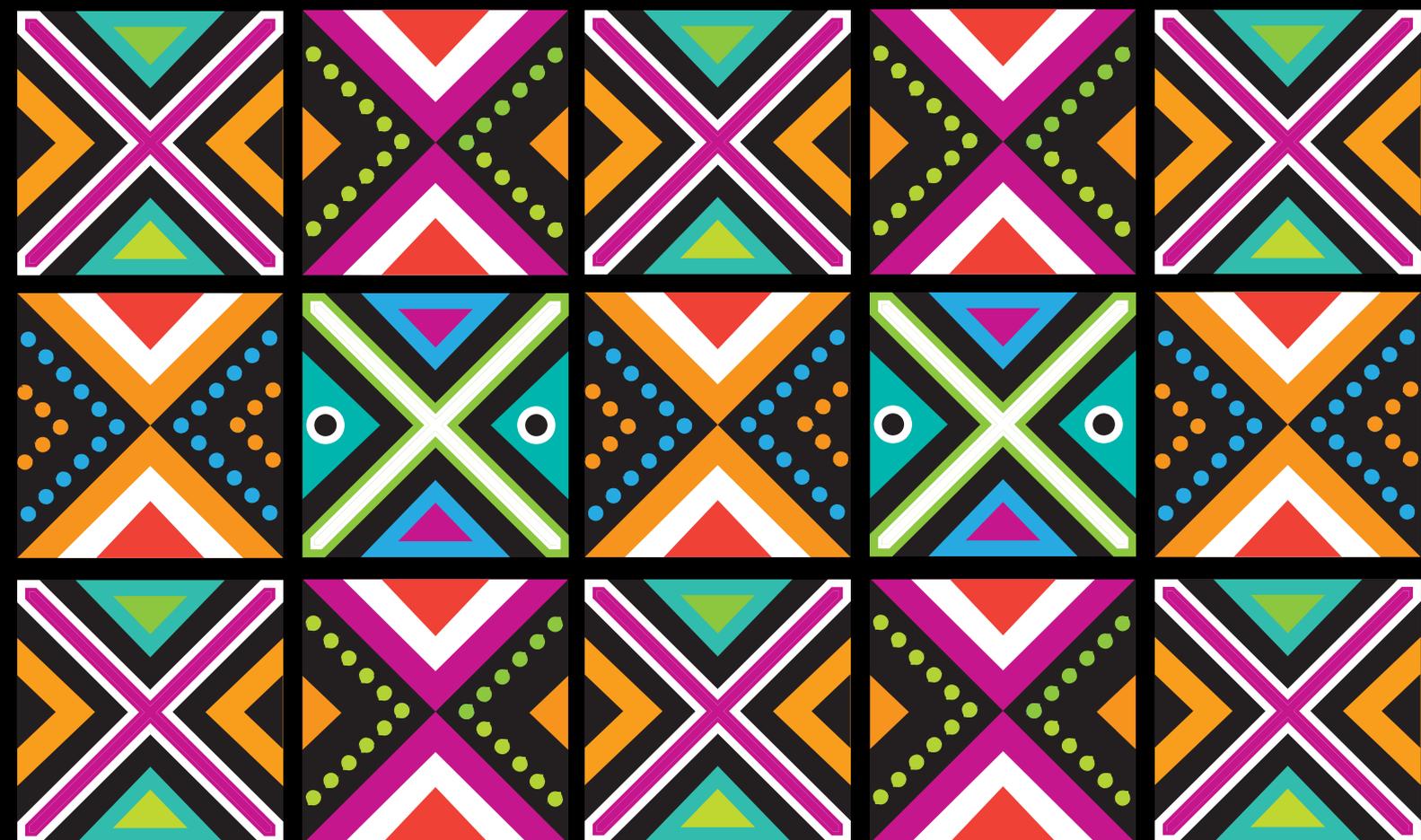
Portrait de nos vécus

| UNE RECHERCHE COMMUNAUTAIRE SUR L'ÉVALUATION
DES BESOINS PRIORITAIRES DES COMMUNAUTÉS
LESBIENNES, BISEXUELLES ET QUEER |

Dans six pays francophones d'Afrique de l'Ouest et du Centre:
Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Mali et Togo

Yves Kugbe

Sheba Akpokli



To cite this report:

Kugbe, Y. & Akpokli, S. (2020). 'Pour en finir avec les labyrinthes, Portait de nos vécus. Une recherche communautaire sur l'évaluation des besoins prioritaires des communautés Lesbienues, Bisexuelles et Queer. Dans six pays francophones d'Afrique de l'Ouest et du Centre: Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Mali et Togo'. Amsterdam: COC Netherlands.

This publication is published under Creative Commons 4.0



You are free to share, copy and redistribute the material in any medium or format under the following conditions:

Attribution — You must attribute the work in the manner specified above (but not in any way that suggests the author endorses you or your use of the work).

Non-commercial — You may not use the material for commercial purposes.

No derivatives — If you remix, transform, or build upon the material, you may not distribute the modified material.

This document is published jointly by COC Netherlands and the francophone West African LBO partners of COC, who receive funding from the Ministry of Foreign Affairs of The Netherlands.



POUR EN FINIR AVEC LES « LABYRINTHES »

Portrait de nos vécus

| UNE RECHERCHE COMMUNAUTAIRE SUR L'ÉVALUATION
DES BESOINS PRIORITAIRES DES COMMUNAUTÉS
LESBIENNES, BISEXUELLES ET QUEER |

Dans six pays francophones d'Afrique de l'Ouest et du Centre:
Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Mali et Togo

Yves Kugbe

Sheba Akpokli



Sommaire

Les organisations LBQ, membres de la PI7, qui ont rendu cette recherche possible	5
Liste des tableaux	6
Liste des graphiques.....	6
RÉSUMÉ SYNTHÉTIQUE	9
LIMITES DE L'ÉTUDE	11
INTRODUCTION.....	13
L'insuffisance d'initiatives de recherche ciblant les femmes LBQ francophones	13
La situation de santé et de bien-être des femmes LBQ	14
MÉTHODOLOGIE.....	16
Co-conception de l'étude	16
Une recherche communautaire avec une méthodologie mixte.....	18
Échantillonnage et lieux de l'étude	18
Le questionnaire	21
La formation des coordinateur.(trice).s et des enquêteur.(trice).s.....	22
La collecte des données	22
Analyse et stockage des données.....	23
Considérations éthiques.....	23
La coordination de la recherche	24
RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	25
Caractéristiques des participant.e.s de l'étude	25
Profil démographique et socio-économique	25
L'orientation sexuelle et l'identité de genre.....	31
SITUATION DE SANTÉ GÉNÉRALE	37
Besoins et accès aux soins.....	37
Aperçu global des besoins et accessibilité aux services de santé	37
Besoins et accessibilité aux services de santé selon les pays	39
Besoins et accès aux soins d'affirmation du genre	42
Niveaux de discrimination du personnel de santé.....	44
Obstacles aux soins.....	46
L'automédication	47
SITUATION DE LA VIOLENCE	49
Violation des droits fondamentaux	49



Les agressions verbales, physiques et sexuelles	52
Agressions verbales	53
Agressions physiques.....	55
Agressions sexuelles	58
Auteurs des violences	60
Les partenaires intimes.....	62
Les connaissances.....	62
Les inconnus / étrangers	63
Recours et accès à la justice pour les « survivant.e.s »	63
Impact social et psychologique	65
SITUATION DE SANTÉ MENTALE	66
Niveau d'estime de soi et de confiance en soi.....	66
En lien avec l'orientation sexuelle.....	66
En lien avec l'identité et l'expression de genre	66
Niveau de consommation d'alcool	67
Niveau de consommation de drogues.....	69
Dépression.....	71
Anxiété.....	73
Suicide.....	74
Corrélation entre la violence et la santé mentale	77
CONCLUSION.....	81
RECOMMANDATIONS	83
Pour les États :.....	83
Pour les partenaires techniques et financiers :	83
Pour les organismes communautaires :	84
RÉFÉRENCES	85
ANNEXE : QUESTIONNAIRE	87
QUESTIONNAIRE QUANTITATIVE	87

REMERCIEMENTS

À l'achèvement de cette étude, les consultants voudraient adresser leurs sincères remerciements aux organisations et aux personnes qui ont activement contribué à sa réalisation.

Ces remerciements s'adressent en premier lieu aux leaders LBQ de l'Afrique de l'Ouest francophone, qui ont pensé, prévu et réalisé cette enquête en s'impliquant du début à la fin. Nous reconnaissons ici leur disponibilité à chaque étape du processus, leur engagement et adhésion à l'approche communautaire mise en avant dans tout le processus. Au-delà du magnifique travail de mobilisation et de réalisation de la collecte des données au niveau local, iels¹ ont soutenu les consultant.e.s dans l'entièreté du processus. Un grand **BRAVO** à iels et à tous.tes les répondant.e.s mobilisé.e.s.

Nos remerciements vont également aux coordinatrices nationales de cette recherche qui ont pu acquérir des compétences en techniques de recherche et les ont transmises aux enquêtrices à travers les formations et les diverses opportunités de renforcement de capacités tout le long du processus. Leur engagement et l'apport de leurs connaissances de la réalité du terrain et des contextes de chaque pays ont joué un rôle inestimable dans la conception et l'accomplissement de cette recherche. Les résultats de cette enquête n'auraient pas été possibles sans le courage et dévouement des enquêtrices qui ont assuré la collecte des données sur le terrain malgré les risques sécuritaires parfois rencontrés.

Nous adressons également notre profonde gratitude à chacun des 1369 participant.e.s qui ont donné de leur temps pour partager avec nous leurs réalités et expériences de vie. Nous sommes conscients de la confiance qui nous a été accordée et espérons l'avoir honorée à travers l'interprétation objective des informations recueillies.

Nous reconnaissons également ici le grand travail abattu par AVAF, une organisation qui malgré sa relative jeunesse fait preuve d'un professionnalisme impressionnant. La directrice exécutive, Sandrine ATEH, et toute son équipe se sont montrées très prévenantes, dynamiques et efficaces tout au long de cette enquête. Nous avons pu compter sur une équipe toujours prête à trouver des solutions et à avancer malgré les anicroches dans ce parcours. Merci pour ce magnifique travail de coordination et de gestion que vous avez su assurer avec une main de fer dans un gant de velours.

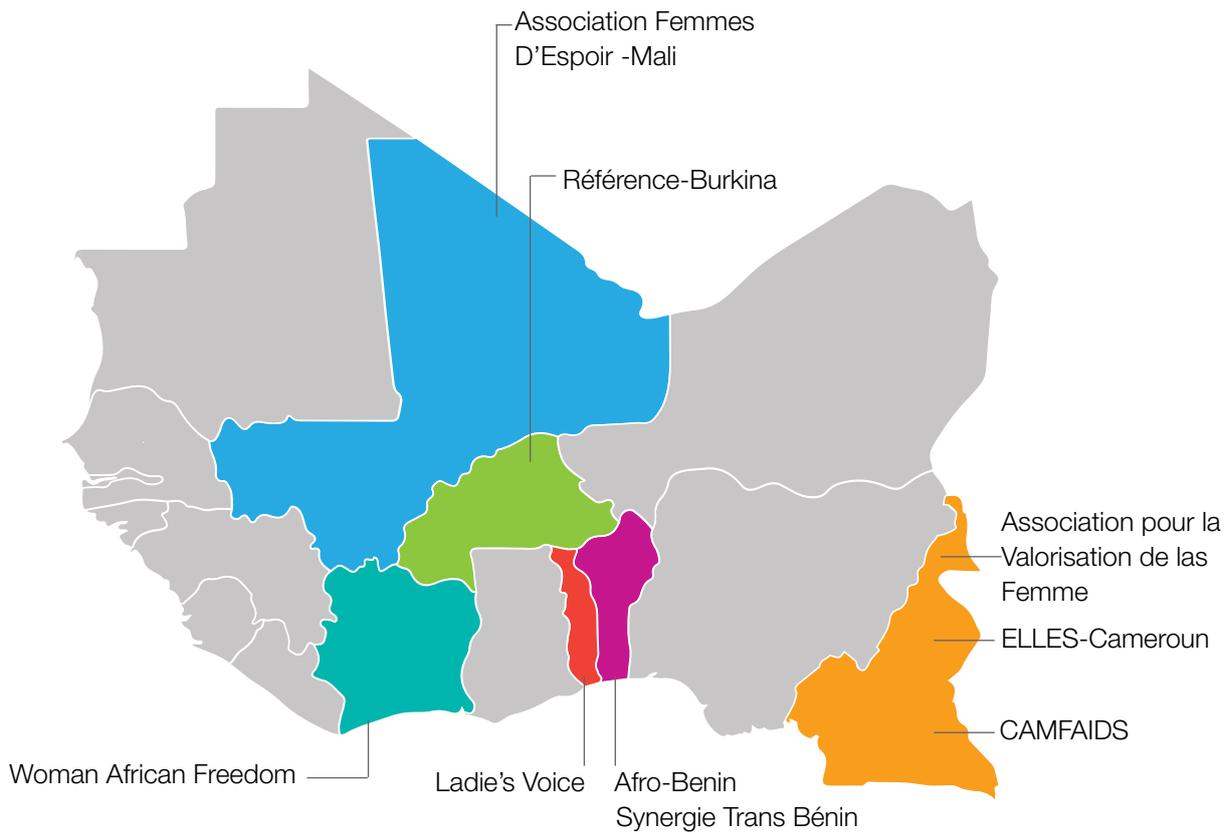
Et enfin, nous tenons à remercier le COC Netherlands d'avoir mis à disposition les ressources à la fois humaines et financières qui ont pu nous permettre de réaliser ce premier pas vers une redynamisation du mouvement LBQ en Afrique de l'Ouest francophone. Merci pour la confiance accordée au mouvement LBQ d'Afrique de l'Ouest francophone ainsi

¹ Par considération et respect des identités et expressions de genre de toutes les personnes, certains mots comme iels, tous.tes, participant.e.s etc..ont été privilégiés à l'utilisation des accords de genre grammaticaux conventionnels. Ceci afin de garantir une prise en compte des personnes non-binaires.



qu'aux consultants dans le cadre du programme PRIDE. À travers « Pour en finir avec les labyrinthes : Portrait de nos vécus », les enquêtrices, les coordinatrices et les organisations LBQ ont démontré les capacités du mouvement LBQ d'Afrique francophone à relever n'importe quel défi.

Les organisations LBQ, membres de la PI7, qui ont rendu cette recherche possible



Liste des tableaux

Tableau 1: Les organisations de la PI7	14
Tableau 2: Répartition de l'échantillon et des zones d'études.....	16
Tableau 3: Répartition des réponses analysées par pays	20
Tableau 4: Données socio-démographiques des participant.e.s.....	21
Tableau 5: Répartition des données socio démographiques par pays	22
Tableau 6: Données socio-économiques	23
Tableau 7: Répartition des données socio-économiques par pays	24
Tableau 8: Orientations sexuelles et situation socio-économique	28
Tableau 9: Identité de genre et situation socio-économique	29
Tableau 10: Utilisation des services de santé par pays	32
Tableau 11: Aperçu global de l'accès et de l'utilisation des services d'affirmation du genre.....	35
Tableau 12: Niveau de discrimination du personnel de soins.....	36
Tableau 13: Obstacles aux soins.....	37
Tableau 14: Situation de l'automédication.....	38
Tableau 15: Répartition globale des Violations des droits fondamentaux	40
Tableau 16: Portée de la violence venant des partenaires intimes	50
Tableau 17: Niveau d'accès aux soutiens	51
Tableau 18: Impacts psychosociaux des violences	52

Liste des graphiques

Graphique 1: Attirances sexuelles et émotionnelles des participant.e.s	25
Graphique 2: Orientations sexuelles des participant.e.s	26
Graphique 3: Les identités de genre des participant.e.s.....	27
Graphique 4: Aperçu global des besoins et utilisation des services de santé.....	31
Graphique 5: Besoins en traitement hormonal par pays.....	34
Graphique 6: Besoins en intervention chirurgicale par pays	35
Graphique 7: Répartition des violations des droits fondamentaux par pays.....	41
Graphique 8: Prévalence des agressions verbales	42
Graphique 9: Agressions verbales et orientations sexuelles.....	42
Graphique 10: Agressions verbales et identités de genre	43
Graphique 11: Prévalence globale des agressions physiques	44
Graphique 12: Agressions physiques et orientations sexuelles.....	44
Graphique 13: Agressions physiques et identités de genre	45
Graphique 14: Prévalence des agressions physiques au cours des 12 derniers mois par pays	45
Graphique 15: Prévalence globale des agressions physiques	46
Graphique 16: Agressions sexuelles et orientations sexuelles	47



Graphique 17: Agressions sexuelles et identité de genre.....	47
Graphique 18: Prévalence des agressions sexuelles par pays.....	48
Graphique 19: Répartition globale des auteurs des agressions	48
Graphique 20: Répartition des auteurs d'agressions par pays	49
Graphique 21: Auteurs des agressions sexuelles au cours de la vie selon les orientations sexuelles	50
Graphique 22: Niveau global de consommation d'alcool	54
Graphique 23: Niveau de consommation d'alcool selon l'orientation sexuelle	55
Graphique 24: Niveau de consommation d'alcool selon l'identité de genre	55
Graphique 25: Niveau global de consommation de drogues	56
Graphique 26: Niveau de consommation de drogues selon l'orientation sexuelle.....	57
Graphique 27: Niveau de consommation de drogues selon l'identité de genre.....	57
Graphique 28: Niveau global de dépression.....	58
Graphique 29: Niveau de dépression selon l'orientation sexuelle.....	59
Graphique 30: Niveau de dépression selon l'identité de genre	59
Graphique 31: Niveau global d'anxiété	60
Graphique 32: Niveau d'anxiété selon l'orientation sexuelle	61
Graphique 33: Niveau d'anxiété selon l'identité de genre	61
Graphique 34: Aperçu global des idées de suicide	62
Graphique 35: Niveau global de tentatives de suicide	62
Graphique 36: Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon l'identité de genre.....	63
Graphique 37: Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon l'orientation sexuelle	63
Graphique 38: Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon le pays de résidence.....	64
Graphique 39: Corrélation entre les agressions et le suicide selon l'orientation sexuelle	64
Graphique 40: Graphique 37: Corrélation entre les agressions et le suicide selon l'identité de genre.....	65
Graphique 41: Corrélation entre les agressions et le suicide selon le pays de résidence	65

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AFRO-Bénin	Alliance des Femmes pour une Relève Orientée- Bénin
AUDIT	The Alcohol Use Disorders Identification Test
AVAF	Association pour la Valorisation de la Femme
CAMFAIDS	Cameroonian Foundation for Aids
CES-D 10	Center for the Epidemiological Studies of Depression
GAD-7	Generalised Anxiety Disorder-7
DUDIT	Drug Use Disorders Identification Test
ELLES Cameroun	Ensemble pour les Luttes des Libertés des Entités Sociales
FSF	Femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes
IOM	Institute of Medecine
LBQ	Lesbiennes, Bisexuel.le.s, Queer
LGBTIQ	Lesbiennes, Gays, Bisexuel.le.s, Transgenre.s, Intersex ,Queer
NIH	National Institute of Health
OBC	Organisations à base communautaire
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PI7	Plateforme Initiative des 7
PRIDE	Partnership for Rights, Inclusivity, Diversity and Equality
QAYN	Queer African Youth Network
SOGI	Orientations sexuelles et identité de genre
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STB	Synergie Trans Benin

RÉSUMÉ SYNTHÉTIQUE



Pour en finir avec les labyrinthes : portrait de nos vécus est une étude initiée par les organisations et leaders de la PI-7 afin de rendre disponibles des données quantifiées sur la santé et le bien-être des personnes LBQ. Elle présente donc la situation et les besoins en santé générale, ainsi que les expériences de violence et de santé mentale des femmes LBQ dans six pays francophones de l'Afrique de l'Ouest incluant le Cameroun.

À travers l'approche communautaire, les organisations et leaders LBQ ont mis à contribution leur expertise de la conception à la validation de cette recherche. Les résultats sont donc issus de l'analyse de 1158 réponses collectées par des enquêtrices à travers leurs réseaux de contacts existants et au moyen d'un questionnaire adapté et uniformisé.

En matière de santé générale, on note une non-adéquation des services de soins offerts par rapport aux besoins des communautés. Ces besoins sont entre autres les soins de santé sexuelle, les soins d'affirmation du genre et les services en lien avec la santé mentale. Notamment, 42% des trans-hommes envisagent la prise d'hormones et 24% une intervention chirurgicale. L'analyse révèle également que la plupart de ces services ne sont pas disponibles auprès des centres de santé communautaire qui sont largement fréquentés par les personnes LBQ (à hauteur de 60% des répondant.e.s). Malgré le faible taux de discrimination du personnel de santé au sein des centres communautaires, 49% des personnes LBQ n'abordent pas les questions de leur orientation sexuelle et identité de genre avec leur soignant. Ceci en raison d'un défaut de mise en confiance du patient et/ou de l'auto-stigmatisation. Cet état de fait résulte en une prise en charge médicale non adaptée aux besoins réels du patient. Outre la disponibilité et la qualité des services de santé, le coût financier des services, allié à la vulnérabilité économique des personnes LBQ, représente également un obstacle à leur accès aux soins. 64% des participant.e.s de l'enquête n'arrivent pas à subvenir à leurs besoins de base et 55% n'ont pas accès aux soins en raison des coûts financiers qu'ils représentent. Cela amène 59% à recourir à l'automédication, qui dans 23% des cas ont conduit à des complications et une dégradation de l'état de santé.

La stigmatisation basée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre résultent en des inégalités dans la jouissance des droits fondamentaux à l'instar du droit à l'éducation, au logement, à l'emploi et au respect de la vie privée. Les personnes LBQ sont aussi victimes de diverses formes d'agressions : 48% des personnes interrogées ont été victimes d'agressions verbales au cours des 12 derniers mois, 28% d'agressions physiques et 18% d'agressions sexuelles. L'étude a également mis en lumière l'importance des violences domestiques et/ou conjugales au sein des couples. Dans 32% des cas de violences documentées, les partenaires intimes de même sexe sont identifiés comme auteurs et dans 27% des cas se sont des personnes connues. Le problème de la violence conjugale dans les couples lesbiens est très peu abordé, la violence étant traditionnellement vue comme étant l'apanage des hommes cisgenres. De manière globale, les mécanismes de recours sont peu disponibles et peu utilisés. Seules 31% des victimes de stigmatisations et de discriminations ont recours à une assistance.

L'évaluation de la situation de santé mentale révèle quant à elle que malgré un niveau d'estime et de confiance en soi plutôt élevé, les personnes LBQ ont un niveau élevé de consommation d'alcool et 36% sont en situation de dépendance. Iels manifestent de la dépression (43,5%), de l'anxiété (40%) et des tendances suicidaires à hauteur de 39% (dont 52% ont déjà fait au moins une tentative au cours des 12 derniers mois). Enfin, une corrélation claire a été établie entre la violence et la santé mentale. Les tentatives de suicide accroissent proportionnellement par rapport aux fréquences de violences physiques et sexuelles. Les catégories lesbiennes et cisgenres, pour lesquelles le plus haut taux d'agressions physiques et sexuelles a été enregistré, sont aussi les plus concernées par les tentatives de suicide. De la même façon, les pays où le niveau de violence est le plus élevé (Mali et Cameroun) ont également un niveau supérieur de tentatives de suicide que les autres pays.

En conclusion, cette enquête unique dans le contexte des personnes LBQ en Afrique de l'Ouest du fait de sa nature quantitative et les thématiques abordées, a démontré l'existence de lacunes dans les services de santé offerts aux personnes LBQ et en particulier les soins spécifiques aux trans-hommes. Elle a également mis en lumière les violences y compris conjugales vécues par les personnes LBQ. Ceci a un impact négatif sur leur bien-être qui se manifeste **à travers des troubles de santé mentale**. Ce rapport est donc un outil pertinent pour orienter et prendre en compte ces réalités dans la conception de programmes et interventions ciblant les personnes LBQ d'Afrique de l'Ouest francophone.

LIMITES DE L'ÉTUDE



Comme plusieurs autres similaires, cette étude ne prétend pas être exhaustive. Elle contient certaines limites.

L'une des premières est sa nature essentiellement quantitative. En effet notre recherche a mesuré et décrit des thématiques sur la base des fréquences, mais elle n'explique pas les causes profondes ou la qualité des thématiques évaluées.

Bien que les thématiques aient été identifiées par les coordonnateur(trice)s locales lors des différentes réunions de cadrage, les différentes questions découlant des choix de thématiques ont été élaborées de manière à ne rien laisser au hasard, ce qui a conduit à un questionnaire d'un volume considérable. De plus, conformément aux considérations éthiques, les participant.e.s avaient la liberté de ne pas répondre à certaines questions. Ceci a occasionné des données manquantes. La gestion de ces données manquantes a été décrite dans la partie méthodologie.

En outre, les concepts d'orientation sexuelle et d'identité de genre étant assez diversifiés et fluides, nous avons appliqué une catégorisation basée sur l'auto-identification des participant.e.s. Ainsi, selon ces dernier.e.s cette auto-identification en lien avec l'orientation sexuelle peut être basée (mais ne se limite pas) sur l'attrance émotionnelle, physique et/ou le comportement sexuel. L'auto-identification du genre peut être basée (mais ne se limite pas) sur le sexe biologique, psychologique, l'expression du genre, etc. La complexité de cette catégorisation peut limiter et/ou biaiser les résultats, mais une méthodologie claire et des références ont été fournies afin de permettre aux lecteur.e.s la meilleure compréhension possible.

D'autre part, le mode de recrutement basé sur les réseaux de connaissance des leaders et enquêtrices a occasionné un enrôlement disproportionnel des différentes sous-catégories. Ainsi les différents profils de participant.e.s varient selon la nature des réseaux sociaux existants.

Cette inégale répartition des profils ne permet pas une comparaison systématique entre les

diverses sous-catégories dans une même situation.

Aussi, une comparaison systématique entre les résultats de la présente étude et celle de la population générale n'a pas été faite. Ceci en raison du manque de données régionales et des différences de méthodes de mesure utilisées quand elles existent. Cependant, d'autres recherches disponibles ont clairement établi des rapports entre certaines données et celles de la population générale.

Pour finir, les résultats de cette recherche sont basés sur un échantillon restreint. Et même si l'échantillonnage se voulait le plus représentatif possible, il ne prétend pas avoir pris en compte tous les profils de personnes LBQ dans les pays concernés ou la région d'Afrique de l'Ouest. Certains pays avec des contextes particulièrement difficiles à l'instar du Sénégal, de la Guinée ou le Niger n'ont pas été pris en compte. Ainsi, les niveaux de violence et de santé mentale peuvent être sous-estimés par rapport à la réalité de l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest.

INTRODUCTION



Bien qu'évoluant à diverses vitesses selon les régions et les contextes, le mouvement pour la cause des personnes lesbiennes, des gays, des bisexuels, des transgenres et des intersexes (LGBTI) en Afrique connaît une expansion au fil des années. Ce progrès est accompagné d'une meilleure visibilité et structuration des communautés LGBTI, mais a également révélé des insuffisances dans les capacités du mouvement à répondre pleinement et efficacement aux problèmes fondamentaux connus. D'après l'analyse contextuelle régionale du mouvement LGBTI en Afrique de l'Ouest (Kugbe & Akpokli, 2017, P.10), la majorité des organisations LBQ fait face à des défis de structuration, d'organisation et de leadership, ce qui explique le statut embryonnaire de la plupart d'entre elles. En sus à ces défis, on note l'absence d'évidences et données actualisées pouvant informer sur la situation du mouvement et orienter ses actions. Ainsi, au cours des dernières années beaucoup de connaissances sur des thématiques diverses ont été produites par les activistes du mouvement LGBTI ou avec leurs appuis. Les documentations produites ont permis de célébrer les avancées de la lutte pour l'ensemble de la communauté LGBTI, mais ont très peu pris en compte la communauté des femmes Lesbiennes, Bisexuelles et Queer (LBQ) et ses spécificités.

L'insuffisance d'initiatives de recherche ciblant les femmes LBQ francophones

La majeure partie des connaissances en matière de santé sur les minorités sexuelles² et de genre se basent sur des recherches menées en Occident. En outre, la recherche existante sur les minorités sexuelles se focalise majoritairement sur les hommes (sexe biologique) ainsi que sur le VIH et autres IST. Comme le démontrent les travaux de Coulter *et al.* sur l'examen des bourses de recherche accordées par le US National Institute of Health

2 Dans le cadre du présent rapport, la définition minorités sexuelles, s'attribue aux personnes qui s'identifient comme lesbiennes, bisexuelles, gays, queer, pansexuelles. Elle inclut également toute personne qui ressent une attirance sexuelle pour, ou a eu des relations sexuelles avec un partenaire ou des partenaires du même sexe, même s'ils se sont identifiés comme hétérosexuels. En occurrence les " femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes " (FSF)

(NIH) entre 1989 et 2011, outre les études relatives au VIH/SIDA, seul 0,1 % de toutes les recherches financées se penchait sur la santé des minorités sexuelles. Parmi ces 0,1 %, la plupart se concentrent sur les hommes homosexuels et bisexuels, tandis que seuls 13,5 % des études sur les minorités sexuelles ou de genre examinaient la santé des femmes lesbiennes ou bisexuelles. De façon similaire, Boehmer U. a réalisé en 2002 un examen des articles scientifiques en langue anglaise indexés par MEDLINE entre 1980 et 2000. Ses travaux ont révélé la même faible proportion de recherches (0,1 %) se focalisant sur la santé des minorités sexuelles et de genre. Sur ces 0,1 %, seuls 37 % des études contenaient des informations relatives aux femmes lesbiennes ou bisexuelles.

En faisant une lecture globale de l'ensemble des ressources régionales, force est de constater que peu de ressources mises à jour sont disponibles pour le mouvement des personnes LBQ francophone. Ce constat vient renforcer les disparités entre le mouvement LGBTI en Afrique anglophone et francophone comme l'a démontré le rapport « Nous existons ». Des études menées en Afrique subsaharienne se sont davantage penchées sur l'Afrique anglophone plutôt que francophone ou lusophone. En raison de toute une série de causes, le peu de recherches menées sur ce thème avait majoritairement été réalisé en Afrique australe et en Afrique de l'Est. Récemment, les personnes LBQ d'Afrique de l'Ouest ont fait l'objet de quelques études régionales, notamment les analyses conduites par QAYN. De ces documentations y compris les travaux de Kugbe & Akpokli (2017) sur l'analyse du contexte régional, il est apparu clairement que la quantité d'informations disponibles sur la situation des personnes LBQ en Afrique de l'Ouest et du centre était infime et très peu portée sur une évaluation quantitative de leurs besoins en matière de santé et de bien-être.

La situation de santé et de bien-être des femmes LBQ

La majorité des travaux de recherche sur les femmes lesbiennes et bisexuelles ont inclus les personnes transgenres, malgré des différences connues en matière de risques pour la santé et de résultats cliniques. Alors que les femmes lesbiennes et bisexuelles partagent un grand nombre de vulnérabilités avec les femmes transgenres en raison de l'exclusion sociale et de la stigmatisation, la différence fondamentale entre l'orientation sexuelle (lesbienne ou bisexuelle) et l'identité de genre (transgenre) résulte en des besoins différents en matière de santé. Notamment, l'accès à des soins de santé permettant d'affirmer son genre pour les individus transgenres (Feldmann & Bockting, 2003) : en effet, la question des soins de transition par les hormones ou autres techniques est sous-documentée par rapport aux aspects liés à la santé mentale et générale. Dans son rapport publié en 2011, l'Institute of Medicine, une ONG à but non lucratif, a souligné que les minorités sexuelles et de genre sont plus à même d'être exposées au harcèlement, à la victimisation, à la dépression et au suicide. Ces minorités témoignent également de plus hauts taux de consommation d'alcool et de cigarettes que les hétérosexuels (IOM, 2011). Le rapport indique aussi que les femmes lesbiennes et bisexuelles sont plus susceptibles de souffrir d'obésité, de maladies



cardiovasculaires et de cancer du sein. Ces constats mettent en exergue les liens entre la stigmatisation / discrimination et la santé générale et mentale des personnes LGBTI (Hatzenbuehler *et al.*, 2014 ; Meyer, 2003), et étayent l'argument que l'orientation sexuelle est un déterminant social important de la santé (Logie, 2012).

Similairement à ces études, les récents travaux de Muller *et al.* (2019) en Afrique orientale et australe ont révélé que les personnes LGBTI ont des niveaux plus élevés de problèmes de santé mentale, connaissent plus de violences et font face à des obstacles aux soins de santé qui sont directement liés à leur orientation sexuelle, leur identité de genre ou leur expression de genre. Ce même rapport déclare que « dans la région de l'Afrique orientale et australe, comme ailleurs dans le monde, la discrimination, la stigmatisation et la marginalisation liées à l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'expression de genre exposent les personnes LGBTI à un risque plus élevé de problèmes de santé mentale et de violence ».

Ainsi, le rapport « Pour en finir avec les labyrinthes : Portrait de nos vécus » veut identifier les besoins des communautés, les lacunes en termes de services offerts, ainsi que les données quantifiées de ces besoins. Ce portrait permettra de ressortir des évidences pouvant aider à identifier les services adéquats et de mobiliser les ressources nécessaires tout en tenant compte de la diversité du mouvement LBQ et de la particularité de chaque sous-groupe. Il encourage la mise en place de services complémentaires, afin de faciliter une navigation plus facile pour les bénéficiaires au travers des ressources qui seront mises en place. Il n'entend pas remettre en question la documentation déjà disponible et exploitable par les communautés LBQ, mais il vient compléter les connaissances et légitimer les bases de futures interventions visant à promouvoir le mouvement LBQ d'Afrique de l'Ouest et du Centre francophone et aussi diversifier les actions par et pour cette communauté.



MÉTHODOLOGIE

Co-conception de l'étude

En novembre 2018 et avril 2019, les ateliers régionaux du programme PRIDE au Cameroun et à Abidjan ayant réunis des représentant.e.s d'organisations et activistes LBQ provenant du Bénin, du Burkina Faso, du Cameroun, de la Côte d'Ivoire et du Togo ont servi d'espaces de partage d'expériences et de réflexions sur l'avenir du mouvement LBQ en Afrique de l'Ouest francophone. De ces travaux a résulté la création de la plateforme des organisations et leaders LBQ dénommée PI7 (Plateforme Initiative des 7).

Les organisations membres de cette plateforme ont fait un constat majeur : celui de la nécessité d'évidences récentes pour le plaidoyer, mais aussi pour orienter leurs interventions. Avec des représentant.es du Mali et le Sénégal ayant intégré le groupe par la suite, les participant.e.s ont estimé que l'un des axes de travail devait être la collecte et l'analyse de données relatives aux contextes et aux besoins des femmes LBQ ; afin de compenser le manque d'informations récentes sur les besoins en matière de santé, socialisation, droits humains et sécurité des femmes LBQ en Afrique de l'Ouest. Cette étude est ainsi l'occasion de générer des données de base. Les thèmes identifiés lors de la réunion membre de la PI7 révèlent différentes préoccupations et besoins spécifiques pour chaque pays, en fonction des environnements socio-culturels, juridiques et sanitaires. Toutefois, nombre de problématiques sont en réalité transversales dans la région.

Ainsi, au cours d'un atelier d'orientation et de cadrage organisé à Abidjan, un exercice de priorisation et de définition des thématiques a été réalisé par les organisations membres de la PI7. Il a été décidé que la recherche se focalise sur les aspects de santé générale et mentale, de violences, de droits humains et de sécurité. Au cours de ce même atelier, les leaders LBQ ont également identifié les localités, l'échantillonnage et les coordinatrices locales de la recherche au niveau de chaque pays concerné. D'autres points en lien avec la démarche méthodologique, la sécurité des données et des coordinatrices locales ont



été également discutés. Sur la base des décisions prises à l'unanimité, le protocole et le questionnaire de l'étude ont été élaborés et validés par le partenaire financier et les organisations LBQ impliquées.

Un second atelier organisé à Cotonou a permis la formation des coordinatrices locales pour une appropriation du protocole et du questionnaire de la recherche. Les coordinatrices ont à leur tour organisé et animé la formation des agents «enquêteuses» au niveau de leurs pays respectifs. De ce fait, cette étude se révèle être l'une des premières actions de la plateforme sous-régionale PI7 (cf Tableau 1) afin de consolider les connaissances et légitimer les bases de ses futures interventions visant à promouvoir non seulement le mouvement LBQ d'Afrique de l'Ouest francophone, mais aussi diversifier les actions par et pour cette communauté.

Au fil de la mise en place des préalables de cette recherche, le mouvement LGBTI en général et en particulier au Sénégal a été secoué par une crise dont ont été victimes certains activistes dont les informations, les identités et les photos ont été régulièrement publiées dans les médias accompagnés de discours de haine de la part des leaders religieux et politiques. Ces publications ont non seulement mis à risque toute la communauté, mais aussi provoqué l'exil de plusieurs LGBTI hors du pays.

Dans ce contexte extrêmement peu sécuritaire, il a été convenu de façon unanime de suspendre toutes les activités liées à cette recherche au Sénégal. Ceci explique le fait que les données sur le pays soient absentes de cette recherche. Néanmoins les différentes parties prenantes s'accordent sur la pertinence de trouver une alternative par la suite pour inclure le pays dans cette dynamique.

TABLEAU 1: Les organisations de la PI7

Pays	Organisations
Bénin	Afro-Benin
	Synergie Trans Benin
Burkina-Faso	REFERENCE-BURKINA
Cameroun	AVAF
	CAMFAIDS
	ELLES-CAMEROUN
Côte d'Ivoire	WOMAN AFRICAN FREEDOM
Mali	ASSOCIATION FEMMES D'ESPOIR (AFE)
Togo	LADIES VOICE
Sénégal	SOURIRE DE FEMME

Une recherche communautaire avec une méthodologie mixte

C'est une démarche communautaire qui a été privilégiée dans la conception et la réalisation de cette étude. Elle renvoie à la volonté d'acteur.(trice).s concerné.e.s qui se mobilisent et défendent des intérêts communs. La nature et la portée de cette étude telle que conçue par les organisations membres de la PI7, a exigé l'association de méthodes scientifiques à la démarche communautaire. Ceci a été fait en conformité avec l'esprit de la recherche communautaire, définie comme étant une collaboration entre chercheur.e.s et acteur.rices communautaires, qui s'inscrivent tous dans un partenariat équilibré. Les partenaires apportent chacun leurs propres expertises, et partagent les responsabilités (Demange, Henry & Préau, 2012). À la différence d'une équipe strictement universitaire, ce partenariat de recherche a concrétisé des principes tels que l'équité entre des partenaires venant de milieux différents, la prise de décision de manière consensuelle ou encore le transfert de connaissances mutuelles. Ainsi, au-delà des organisations membres de la PI7 ayant initié la recherche, d'autres organisations et leaders LBQ dans les pays cibles ont contribué à la bonne exécution de cette recherche. Il s'agit entre autres de AKBNY et Alternatives-Burkina pour le Burkina Faso, et Les Linguères au Sénégal.

Même si des méthodes scientifiques ont été combinées à l'expertise communautaire, la PI7 et le COC Netherlands ont tenu à privilégier et valoriser les compétences communautaires longtemps sous-estimées et/ou reléguées au rang de simples mobilisateurs et agents de collecte comme cela a été malheureusement le cas dans bien des recherches précédentes.

L'approche, telle que décrite, a servi non seulement à mutualiser les connaissances et expertises des acteur.rices concerné.e.s, mais aussi à renforcer réciproquement les capacités des organisations communautaires et enfin susciter les initiatives de recherche au sein des organisations. En effet, les exigences académiques dont les communautaires n'ont pas systématiquement la maîtrise ont longtemps découragé ces derniers à initier et s'approprier des projets de recherche. Ainsi, une expérience de cette envergure pour la PI7 a pour but d'ôter ce mythe autour de la recherche et d'inciter les organisations communautaires à mener par elles-mêmes des recherches de petite échelle. Subséquemment, l'implication des communautaires, de l'identification des thématiques de la recherche à la validation des résultats favorise une meilleure appropriation des résultats par ces derniers et leur utilisation dans la conception des programmes à venir.

Échantillonnage et lieux de l'étude

Les personnes ciblées par cette recherche sont exclusivement les individus LBQ (femmes cisgenres et trans-hommes). Iels s'identifient comme des femmes non exclusivement hétérosexuelles ou comme des hommes transgenres ayant été socialisés comme des femmes. Dans le cadre de cette étude, les femmes trans ont été volontairement exclues



en raison du fait que des initiatives similaires sont/seront mises en œuvre avec le Forum Ouest Africain des personnes Trans (WATF). Sur cette base, les critères d'inclusion des participant.e.s à l'étude étaient :

- L'auto-identification comme : Lesbienne, Bisexuelle, homme Trans, Queer, genre non-conforme, femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF).
- L'âge légal qui doit être supérieur ou égal à 18 ans
- La résidence dans l'un des pays couverts par l'étude
- Le consentement éclairé pour la participation à l'étude

La non-conformité à l'un ou l'autre des critères d'inclusion se résulte par la non-prise en compte de la personne concernée dans l'étude. Bien que les délimitations de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre soient fluides, mouvantes et comprises différemment selon les individus, l'échantillon de l'enquête a été déterminé de manière représentative de chaque sous-catégorie de personnes LBQ.

L'une des difficultés dans cet exercice est la complexité des facteurs qui déterminent les comportements et pratiques sexuelles ainsi que les identités, ce qui a un impact sur l'échantillonnage des populations LGBTQ. Une autre difficulté relève de la quasi-clandestinité des populations LGBTQ en raison de l'homophobie et de la transphobie. Cela rend actuellement impossible de quantifier la taille de cette population. Au regard de ces restrictions qui rendent quasi-impossible la définition de l'échantillonnage par rapport à la taille générale des populations ciblées, la méthodologie a opté pour un échantillonnage communautaire transversal axé sur les lieux. Cette méthode se base sur les connaissances et expériences des leaders et organisations LBQ qui ont piloté cette étude. Une première proposition d'échantillonnage a été faite lors de l'atelier d'orientation puis révisée et finalisée au cours de l'atelier de formation des coordinatrices. La répartition et la taille des échantillons sont consignées dans le Tableau 2.

Cette recherche communautaire a été menée en Afrique de l'Ouest francophone dans les pays suivants : Bénin, Burkina-Faso, Cameroun³, Côte d'Ivoire, Mali et Togo. Il est à rappeler que le Sénégal faisait partie de la liste des pays impliqués. Cependant en raison des attaques homophobes qu'a connu le mouvement local au cours de la période de collecte des données, il a été convenu de suspendre les travaux liés à cette recherche dans le pays. Néanmoins, les activistes LBQ du Sénégal ont été impliqués dans la conception et la validation de la recherche. Pour les autres pays où la recherche a été effectivement conduite, la démarche communautaire a encore servi à l'identification des zones couvertes par l'étude. Sur la base de leur connaissance du contexte de leurs pays respectifs, les organisations LBQ ont ciblé les localités ayant une forte concentration démographique de la population d'étude. Compte tenu des contraintes budgétaires, il a fallu prioriser les localités sur la base des capacités de réseautage des organisations. De façon générale,

3 Bien que faisant partie de l'Afrique Centrale, le Cameroun est associé aux pays d'Afrique de l'Ouest dans le cadre de cette recherche

chaque pays a prévu d' enrôler 200 participant.e.s, exception faite du Cameroun qui a estimé avoir une communauté assez diversifiée et répartie dans plusieurs régions du territoire. Le Tableau 2 illustre également les zones de cette étude.

TABLEAU 2: Répartition de l'échantillon et des zones d'études

Pays	Villes	Échantillon
Bénin	Cotonou	100
	Calavi	25
	Porto-Novo	25
	Bohicon	25
	Parakou	25
	Sous-total	200
Burkina-Faso	Ouagadougou	100
	Bobo-Dioulasso	60
	Koudougou	40
	Sous-total	200
Cameroun	Centre	80
	Est	40
	Sud	30
	Littoral	85
	Ouest	40
	Sud-ouest	25
	Sous-total	300
Côte d'Ivoire	Yopougon	35
	Port-boué	35
	Marcory	35
	Bouake	35
	Bassam	35
	Yamoussoukro	35
	Sous-total	210



Mali	Bamako	90
	Sikasso	50
	Kayes	40
	Ségou	20
	Sous-total	200
Togo	Lomé	125
	Tsévié	30
	Kpalimé	20
	Kara	25
	Sous-total	200
Total échantillon		1310

Le questionnaire

Après l'identification et la définition des thématiques de la recherche, une analyse de la documentation existante sur les sujets relatifs a été faite. Cette revue documentaire a pris en compte les articles, rapports de recherches similaires et autres documents en lien avec la santé générale, mentale, la situation de droits humains et de sécurité des personnes LBQ en Afrique francophone. Au regard du nombre limité de documentations en Afrique de l'Ouest, les recherches menées dans d'autres régions de l'Afrique et dont les résultats peuvent être extrapolés ont été analysées. Une analyse particulière a été portée sur une enquête similaire à celle-ci financée par le COC Netherlands en Afrique orientale et australe. Ainsi, notre questionnaire a été inspiré de celui du rapport « Are we doing alright ? Realities of violence, mental health and access to healthcare related to sexual orientation and gender identity and expression in East and Southern Africa » (Müller, A., Daskilewicz, K. and the Southern and East African Research Collective on Health, 2019).

Une adaptation de ce questionnaire a été faite en fonction des thématiques sélectionnées pour notre recherche et en fonction des réalités des contextes des divers pays de l'étude. Une première version du questionnaire a été revue par les coordonnatrices locales au cours d'un second atelier à Cotonou. À la suite des exercices de simulation et d'autres modifications apportées, le questionnaire final a pris en compte quatre sections dont : le profil sociodémographique, la santé générale, les violences et la santé mentale.

La formation des coordinateur.(trice).s et des enquêteur.(trice).s

Outre la réunion d'orientation et de cadrage organisé à Abidjan, un atelier de formation des coordinateur.ice.s a été organisé en juin 2019 à Cotonou. Cette formation a pris en compte l'appropriation du protocole et l'adaptation du questionnaire. Elle a également été une formation de formateur.ice.s en vue d'outiller les coordinateur.trice.s à former les agent.e.s enquêteur.ice.s au niveau des pays. À cet effet, un guide de formation des enquêteur.ice.s (associé à une présentation Powerpoint adaptable) et un manuel d'instruction sur l'administration du questionnaire ont été fournis aux coordinateur.ice.s. Ces dernier.ère.s ont donc organisé et supervisé la formation des enquêteur.ice.s au niveau de leurs pays respectifs selon un calendrier préétabli.

À la suite de la formation des enquêteur.ice.s, un pré-test du questionnaire a été réalisé dans chacun des pays afin de nous rassurer de l'adaptabilité du questionnaire et de permettre d'apprécier le temps d'administration. Le pré-test n'a pas abouti à des modifications de fond du questionnaire. Toutefois, quelques modifications de forme ont été apportées afin d'assurer la cohérence et la logique dans la succession des questions. Aucune modification n'a été faite au questionnaire pendant la phase de collecte des données.

La collecte des données

Pour des raisons de sécurité, les parties prenantes de la recherche ont opté pour un mode recrutement des participant.e.s offrant le moindre risque, prenant ainsi en compte l'évaluation de risques réalisée au cours des différents ateliers. Le recrutement a donc été fait via les méthodes de mobilisation habituelles utilisées par les organisations. Cette méthode exclut toute mobilisation ou publicité sur les réseaux sociaux. Les organisations LBQ ont opté pour l'administration du questionnaire en version papier et la tenue des entretiens uniquement dans des espaces clos et sécurisés. Ces espaces incluent, mais ne se limitent pas, aux sièges des organisations LBQ (pour celles qui en possèdent) ou d'autres organisations « friendly » (LGBT ou non) ou encore à un cadre où les organisations LBQ ont l'habitude de mener des activités en sécurité. Toujours dans le sens de l'optimisation de la sécurité au cours de la recherche, la collecte des données a été interdite aux enquêteur.ice.s dans les domiciles privés et les espaces publics (bars, restaurants, etc.). Dans certains cas (très peu), les participant.e.s se sont auto-administré.e.s le questionnaire. Au besoin, le questionnaire a été traduit en langue locale pour une meilleure compréhension.

Une fois les données collectées par les enquêteur.ice.s sur le terrain, les questionnaires remplis sont confiés aux coordinateur.ice.s qui font un premier niveau de vérification du bon remplissage et procèdent à la saisie des données en ligne via la plateforme « SurveyMonkey ». Pour la transmission des données sur la plateforme, chacun.e des coordinateur.ice.s a bénéficié d'un lien unique doté d'un mot de passe via lequel les données sont transmises,



ainsi que d'une tablette dédiée à cet effet. L'utilisation du lien unique a permis de suivre séparément l'état de la collecte au niveau de chaque coordinateur.ice selon le plan de collecte validé. Pendant la phase de collecte, les coordinateur.ice.s n'avaient accès qu'aux données qu'ils avaient personnellement transmises. Ils ne pouvaient pas avoir accès aux données des autres.

La collecte de données s'est étendue de la période de début août 2019 à la seconde quinzaine de septembre 2019. Initialement prévue pour une trentaine de jours, cette collecte s'est faite finalement sur 45 jours en raison des aléas liés au décaissement des fonds et à la disponibilité des participant.e.s.

Analyse et stockage des données

Toutes les données collectées par les enquêteur.ice.s ont été entrées sur la plateforme en ligne de SurveyMonkey et ensuite exportées dans le logiciel SPSS pour une analyse descriptive. Avant l'analyse, ces données ont été nettoyées par l'élimination des questionnaires non concluants ayant abouti à une exclusion de l'enquête sur la base des critères d'exclusion préalablement définis. Ainsi, sur un total de 1369 réponses collectées, 201 ont été éliminées. L'analyse s'est donc basée sur 1158 réponses exploitables.

Sous SPSS, les données ont été réparties selon les variables quantitatives prédéfinies dans le questionnaire administré. La gestion des données manquantes a été prise en compte pour les proportions supérieures à 5% et la méthode d'imputation multiple (automatique) a été utilisée pour le remplacement de ces données manquantes lorsque nécessaire.

Les questionnaires complétés en version papier ont été remis à AVAF pour stockage dans un endroit sécurisé. Pour ce qui est du stockage numérique des données, elles ont été conservées sur le cloud et protégées par un mot de passe.

Considérations éthiques

L'environnement juridique et social des pays de l'étude n'étant pas favorable, les comités éthiques des pays concernés n'ont pas été associés à cette recherche. Toutefois, les considérations éthiques de la recherche ont pris en compte les aspects suivants :

- Le consentement libre et éclairé : une note de consentement éclairé a été lue et expliquée (en langue locale au besoin) à tou.te.s les participant.e.s avant le démarrage du questionnaire. Le consentement éclairé a considéré le respect de la confidentialité, les avantages et les risques de la recherche ainsi que le droit de se retirer à tout moment sans préjudice.
- Le respect de l'intégrité physique et morale des participant.e.s : les questionnaires ont été administrés en prenant en compte les mesures de sécurité nécessaires. Parce que les thématiques abordées sont assez sensibles et peuvent bouleverser certain.e.s participant.e.s, une liste d'organisations alliées au niveau local a été établie

et remis aux enquêteur.ice.s. Ces organisations qui offrent des services de soins de santé et de soutien psychosocial ont été mises à contribution pour la prise en charge des participant.e.s qui en ont eu besoin.

La coordination de la recherche

Cette recherche a été conçue et pilotée par l'ensemble des partenaires impliqué.e.s. Ceci étant dit, la coordination et le leadership ont été portés par l'Association pour la Valorisation de la Femme (AVAF Cameroun). Au-delà sa pleine participation aux différentes étapes, AVAF a eu à coordonner la logistique et le budget de la mise en œuvre de cette recherche.

Les coordinateur.ice.s locales ont durant toute l'enquête veillé au respect de tous les aspects du protocole. Afin d'assurer une enquête de qualité, elles ont régulièrement effectué des missions de supervision sur leurs sites pour veiller à la complétude des données et à l'identification des données aberrantes afin d'obtenir des données fiables. À la suite, les coordinateur.ices ont amendé le rapport et fait des recommandations pertinentes.

Enfin le COC Netherlands en sa qualité de partenaire technique et financier a apporté son soutien et son expertise tout au long du processus.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE



Caractéristiques des participant.e.s de l'étude

L'étude a enrôlé au total 1369 participant.e.s sur les 1310 prévu.e.s selon l'échantillonnage validé au cours de la phase de conception. Après nettoyage et l'élimination de 201 données non exploitables (sur la base des critères d'exclusion) 1158 questionnaires remplis ont été analysés comme indiqué dans le tableau 3. Soit un écart de 11,7% par rapport aux prévisions.

TABLEAU 3: Répartition des réponses analysées par pays

Pays	Nombre de participant.e.s dont les réponses ont été analysées
Bénin	187
Burkina-Faso	146
Cameroun	305
Côte d'Ivoire	185
Mali	197
Togo	138
Total	1158

Profil démographique et socio-économique

Le tableau 4 présente les données sur les caractéristiques socio-démographiques des participant.e.s à savoir la tranche d'âge, le pays et la zone de résidence ainsi que la religion pratiquée. La tranche d'âge moyenne et médiane est de 24 à 29 ans comprise entre 18 ans (âge minimum) et 52 ans pour la plus âgée des participant.e.s. Le Cameroun concentre le plus de personnes enrôlées dans l'enquête et le reste se répartit entre les autres pays avec

une faible disproportion. Sur cet ensemble, 68% vivent en milieu urbain contre seulement 5,1% en milieu rural et 28% en milieu péri-urbain. On note également que la moitié d'entre eux sont chrétien.nes, suivi des musulman.e.s (30%). 0,9% ont indiqué être agnostique ou pratiquer le bouddhisme ou le raélisme.

TABLEAU 4: Données socio-démographiques des participant.e.s

		Fréquence	Pourcentage
Tranche d'âge (n=1158)	18 à 24 ans	368	31,8
	24 à 29 ans	472	40,8
	30 à 34 ans	221	19,1
	35 à 49 ans	93	8,0
	50 ans et plus	4	0,3
Pays de résidence (n=1154)	Bénin	173	14,9
	Burkina-Faso	149	12,9
	Cameroun	303	26,2
	Côte d'Ivoire	186	16,1
	Mali	197	17,0
	Togo	146	12,6
Zone de résidence (n=1158)	Urbaine	773	66,8
	Semi-urbaine ou péri-urbaine	326	28,2
	Rurale	59	5,1
	Autres	10	0,9
Religion pratiquée (n=1132)	Religion traditionnelle africaine	87	7,5
	Musulmane	353	30,5
	Chrétienne	579	50,0
	Autres	10	0,9
	Ne pratique aucune religion	103	8,9

De façon plus détaillée, les résultats du Tableau 5 nous renseignent sur la répartition des données selon les pays de l'étude. De façon générale, en dehors du Cameroun, les tranches d'âges se répartissent de façon plus ou moins égale, avec des variations comprises entre 0 et 6% entre les autres pays. Cependant, le Bénin et le Togo ont enregistré les taux les plus



faibles de personnes âgées de plus de 35ans.

Les participant.e.s vivant en zone urbaine ont été majoritairement (entre 18 et 30%) enregistré.e.s au Cameroun, au Burkina-Faso et au Mali. Ce dernier a également enregistré le plus de participant.e.s vivant en milieu rural, soit plus de 40%.

Parmi les 50% de chrétien.ne.s enregistré.e.s dans toute l'étude (Tableau 4), seul.e.s 4% ont été enregistré.e.s au Mali. Le reste est réparti entre les autres pays avec le Cameroun ayant le plus fort taux. Ces proportions reflètent bien le contexte religieux des pays qui pour certains ont forte domination musulmane ou chrétienne. La pratique des religions traditionnelles africaines est assez présente au Bénin et au Togo avec respectivement à 53% et 16%.

TABLEAU 5: Répartition des données socio démographique par pays

		Bénin	Burkina-Faso	Cameroun	Côte d'Ivoire	Mali	Togo
Tranche d'âge (n=1158)	18 à 24 ans	20,40%	14,70%	25,00%	10,90%	14,10%	14,90%
	24 à 29 ans	14,50%	10,50%	24,10%	19,70%	18,60%	12,60%
	30 à 34 ans	12,20%	13,10%	28,10%	15,40%	19,00%	12,20%
	35 à 49 ans	3,20%	18,30%	36,60%	19,40%	17,20%	5,40%
	50 ans et plus	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
Zone de résidence (n=1158)	Urbaine	11,30%	18,60%	30,40%	14,70%	20,00%	4,90%
	Semi-urbaine ou péri-urbaine	24,30%	1,90%	19,00%	18,70%	5,90%	30,20%
	Rurale	14,80%	0,00%	14,80%	13,00%	40,70%	16,70%
Religion pratiquée (n=1132)	Religion traditionnelle africaine	52,90%	3,40%	14,90%	11,50%	1,10%	16,10%
	Musulmane	6,00%	19,00%	6,50%	19,00%	44,00%	5,40%
	Chrétienne	13,40%	11,60%	40,60%	13,90%	4,30%	16,10%
	Autres	0,00%	20,00%	50,00%	0,00%	0,00%	30,00%
	Ne pratique aucune religion	28,20%	9,70%	25,20%	26,20%	1,90%	8,70%

Les données socio-économiques indiquent que près de la moitié des participant.e.s ont atteint le niveau secondaire en termes de scolarisation, une conclusion similaire à celle tirée des travaux réalisés par QAYN sur les besoins en santé sexuelle des femmes LBO

en Afrique francophone subsaharienne (Eklukvahey & Armisen, 2015). Leur analyse montre que le niveau d'étude le plus élevé atteint par la plupart des répondantes était le niveau secondaire à hauteur de 57%. Selon le Tableau 6, le nombre de participant.e.s de notre étude ayant un niveau universitaire vient en deuxième position à hauteur de 34%. L'analphabétisme touche une faible proportion de l'ordre de 3,5%. Malgré ce fort niveau de scolarisation, près de la moitié (48%) des participant.e.s a déclaré être sans emploi. Parmi les 47,5% ayant déclaré avoir un emploi, la majorité évolue dans le secteur informel. Ces données résonnent logiquement avec les 64% qui ont déclaré ne pas pouvoir subvenir à leurs besoins élémentaires (alimentation, transport, soins, etc.) au quotidien.

Toutefois, les données révèlent que 50% des personnes interrogé.e.s vivent en location qu'ils payent, suivi de 38% qui sont logé.e.s en famille ou chez un tiers (partenaire, ami.e.s) sans redevance de loyer. Un faible pourcentage (6%) est propriétaires de son logement tandis que 2% est sans abri et est hébergé occasionnellement par des proches pour de courtes durées.

Le nombre de personnes vivant en location et avec la famille ou avec une tierce personne justifie les 60% ayant déclaré vivre dans un logement partagé ou collectif tandis que 30% vivent dans des maisons individuelles.

TABLEAU 6: Données socio-économiques

		Fréquence	Pourcentage
Niveau académique (n=1137)	Aucune éducation formelle	41	3,5
	Niveau Primaire	143	12,3
	Niveau Secondaire	558	48,2
	Niveau Universitaire	395	34,1
Emploi (n=1122)	Possède un emploi formel	167	14,4
	Possède un emploi informel	383	33,1
	Sans emploi	559	48,3
	Autres	13	1,1
Moyens de subsistance (n=1118)	Oui	375	32,4
	Non	743	64,2



		Fréquence	Pourcentage
Logement (n=1133)	Propriétaire	76	6,6
	Locataire	584	50,4
	Partage un logement sans contribution	443	38,3
	Sans domicile fixe	26	2,2
	Autres	4	0,3
Type de logement (n=1120)	Maison individuelle	352	30,4
	Logement dans un immeuble ou une concession collective	701	60,5
	Hôtel ou auberge	16	1,4
	Construction provisoire de fortune	51	4,4

Désagrégées au niveau pays, les données socioéconomiques révèlent que les 50% de l'ensemble ayant atteint le niveau secondaire se répartissent de façon plus ou moins équitable (entre 14 et 16%) sur l'ensemble des pays sauf le Cameroun avec 24%. Le niveau universitaire a été majoritairement enregistré au Cameroun, suivi du Bénin et de la Côte d'Ivoire. Ce dernier enregistre également le niveau le plus élevé de répondant.e.s n'ayant reçu aucune éducation scolaire (plus de 31%). Ceci souligne les inégalités d'accès à l'éducation au sein des communautés.

Les personnes sans emploi ont été majoritairement enregistrées au Cameroun, au Mali et au Bénin avec des proportions entre 19% et 22%. Le Cameroun, suivi de la Côte d'Ivoire et du Mali ont inscrit le plus de répondant.e.s travaillant dans le secteur formel tandis que le secteur informel est dominé par ces mêmes pays, y compris le Togo.

Paradoxalement, le Bénin, le Cameroun et le Mali - qui ont enregistré le plus grand nombre de participants ayant un emploi (formel et /ou informel) - affichent également les plus forts taux de répondant.e.s ayant déclaré ne pas avoir assez de moyens financiers pour subvenir à leurs besoins primaires de subsistance. Le coût élevé du niveau de vie, la croissance économique des pays et les diverses formes de discrimination dans le secteur de l'emploi pourraient expliquer ce paradoxe.

Les personnes sans domicile fixe enregistrées dans cette étude sont majoritairement originaires de la Côte d'Ivoire et du Bénin tandis que celles étant propriétaires sont majoritairement du Cameroun, de la Côte d'Ivoire et du Mali. Le Tableau 7 résume la similitude des contextes socioéconomiques entre les pays.

TABLEAU 7: Répartition des données socio-économiques par pays

		Bénin	Burkina-Faso	Cameroun	Côte d'Ivoire	Mali	Togo
Niveau académique (n=1137)	Aucune éducation formelle	12,20%	7,30%	14,60%	31,70%	24,40%	9,80%
	Primaire	21,10%	4,20%	16,20%	16,20%	31,70%	10,60%
	Secondaire	14,60%	16,20%	24,10%	15,00%	15,50%	14,60%
	Universitaire	14,20%	12,70%	35,20%	16,70%	11,60%	9,60%
Emploi (n=1122)	Possède un emploi formel	4,20%	18,00%	33,50%	24,60%	12,60%	7,20%
	Possède un emploi informel	14,90%	12,50%	30,80%	13,10%	13,60%	15,10%
	Sans emploi	19,10%	12,40%	22,00%	14,10%	19,60%	12,80%
	Autres	0,00%	7,70%	23,10%	69,20%	0,00%	0,00%
Moyens de subsistance (n=1118)	Oui	6,90%	25,90%	25,60%	16,30%	10,40%	14,90%
	Non	19,60%	6,60%	27,50%	16,20%	20,00%	10,00%
Logement (n=1133)	Propriétaire	9,20%	7,90%	25,00%	22,40%	27,60%	7,90%
	Locataire	13,60%	9,30%	28,70%	18,20%	15,60%	14,60%
	Partage un logement sans contribution	17,90%	19,70%	24,00%	10,70%	16,80%	10,90%
	Sans domicile fixe	30,80%	7,70%	15,40%	34,60%	11,50%	0,00%
	Autres	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
Type de logement (n=1120)	Maison individuelle	9,30%	13,60%	40,60%	19,70%	13,60%	3,20%
	Logement dans une concession collective	18,60%	14,50%	21,50%	9,80%	18,60%	17,10%
	Hôtel ou auberge	0,00%	0,00%	12,50%	62,50%	25,00%	0,00%
	Construction provisoire de fortune	29,70%	5,40%	29,70%	21,60%	10,80%	2,70%



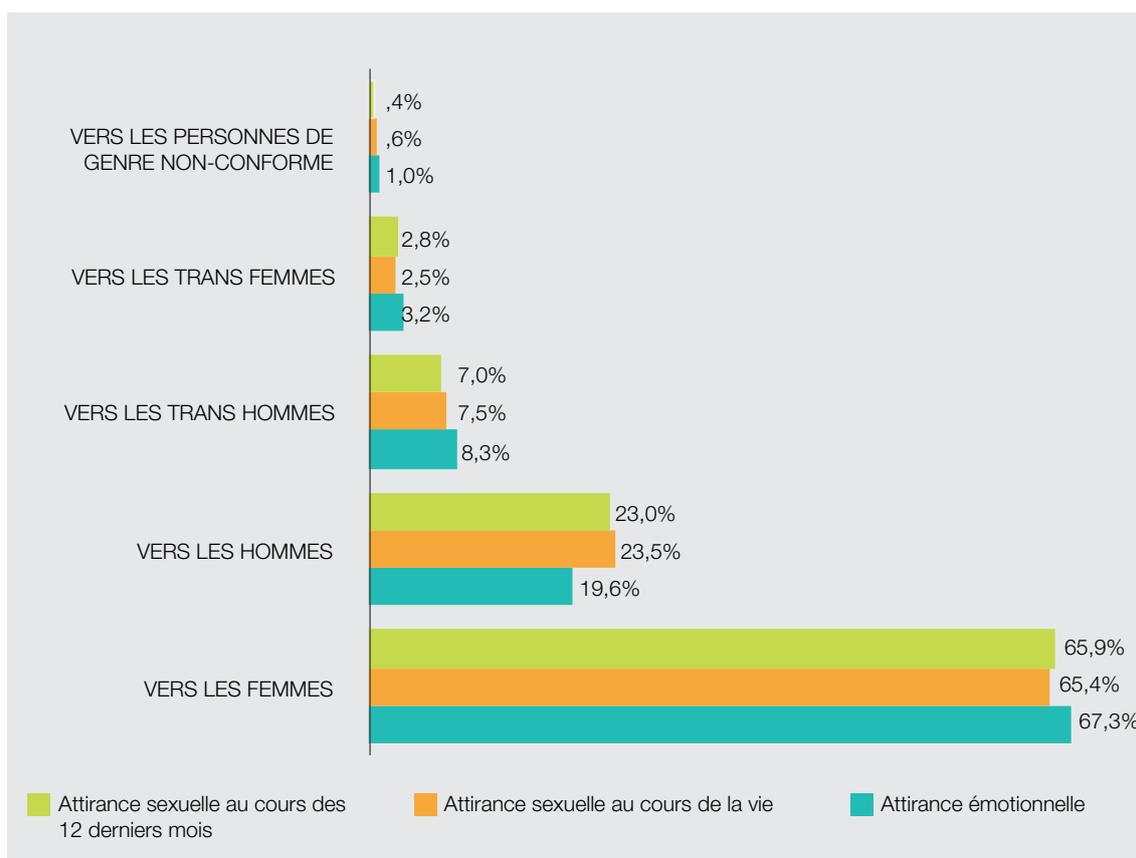
L'orientation sexuelle et l'identité de genre

Dans la logique des critères d'inclusion préalablement définis, les participant.e.s de notre étude sont essentiellement des personnes LBQ. Toutefois, la notion de l'orientation sexuelle, d'identité et d'expression du genre étant fluide et diversifiée, nous avons voulu spécifier les différentes représentations au sein de notre population d'étude. Afin de les déterminer, les participant.e.s ont été interrogé.e.s sur leur attirance émotionnelle, leurs partenaires sexuel.le.s au cours de leur vie et au cours de l'année précédente, leur sexe biologique et leur propre description de leur orientation sexuelle et identité de genre.

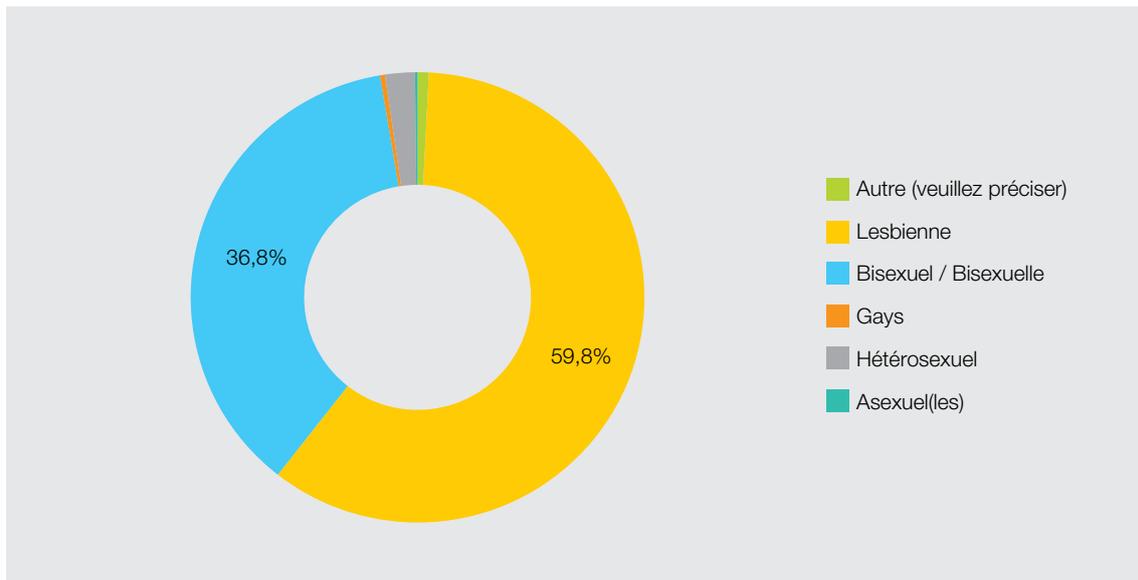
L'orientation sexuelle

Avec la possibilité de pouvoir choisir autant d'options que voulu, le Graphique 1 montre que la majorité des participant.e.s exprime une attirance émotionnelle et/ou sexuelle envers les personnes de sexe (biologique) féminin, suivi dans l'ordre décroissant de l'attirance vers les hommes cisgenres et les trans-hommes. Les mêmes tendances sont maintenues au niveau des types de partenaires sexuel.le.s au cours de leur vie et au cours des 12 derniers mois. Bien que d'une faible proportion, l'attirance envers les trans femmes et les personnes de genre non conforme a été enregistrée à hauteur de 3%.

GRAPHIQUE 1: Attirances sexuelles et émotionnelles des participant.e.s



Conformément aux taux d'attirance vers les femmes suivis des hommes, l'auto-identification des répondant.e.s sur leur orientation sexuelle, consignée dans le Graphique 2, révèle que près de 60% des participant.e.s se déclarent « lesbienne » tandis que 36,8% s'identifient comme des personnes bisexuel.le.s. et 2% comme des hétérosexuel.les. Les personnes qui s'identifient comme gays ou n'ayant pas d'attirance sexuelle représentent chacun moins de 1%. Dans la catégorie "autre", les participant.e.s se définissent comme pansexuel.le.s.

**GRAPHIQUE 2:** Orientations sexuelles des participant.e.s

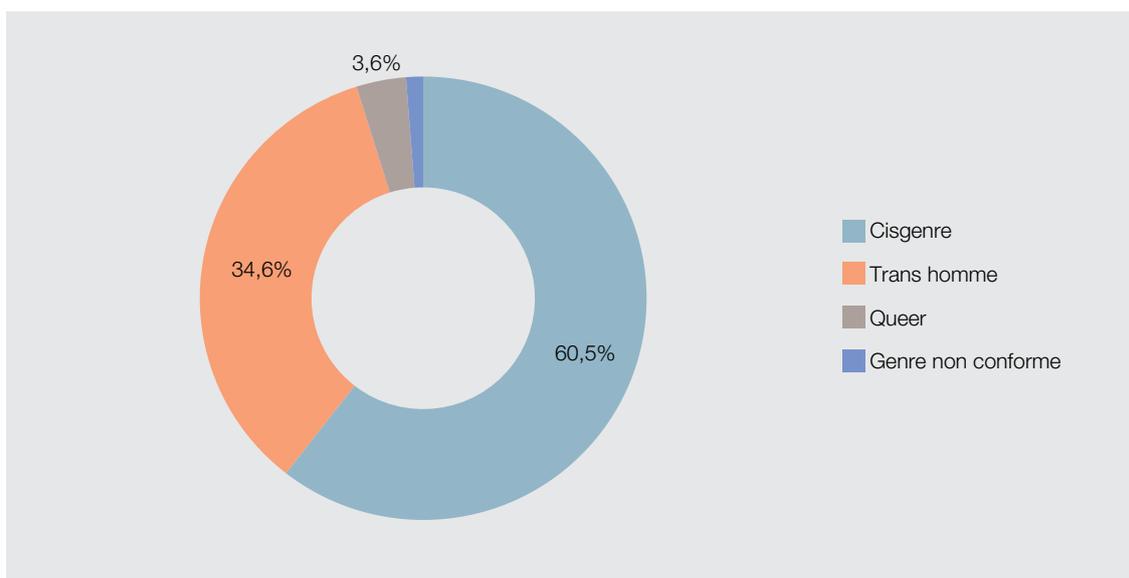
L'identité de genre

La quasi-totalité de la population d'étude est de sexe féminin du point de vue biologique. Toutefois, un.e participant.e a été enregistré.e comme une personne intersexuée. L'auto-identification du genre (Graphique 3) illustre une majorité (60%) de genre féminin (cisgenre) suivi des hommes trans (34,6%). Les personnes queer et de genre non conforme représentent respectivement 3% et 1%.

L'absence de données sur les hommes trans dans la région donnent lieu à des croyances et idées reçues sur leur taille démographique et leurs besoins. La forte représentativité et/ou visibilité qui transparait dans ce rapport est le résultat combiné des travaux des organisations communautaires sur la compréhension des concepts SOGI d'une part, et du réseau social des enquêtrices ayant travaillé sur la recherche d'autre part.

Cette importante proportion d'hommes trans dans le rapport rime a contrario avec le peu ou la quasi-inexistence de programmes qui prennent en charge leurs besoins. Dans un futur proche, il conviendrait d'organiser une réflexion collective et de recenser ces besoins afin de pouvoir concevoir avec les concernés les stratégies et interventions idoines. Étant une cible non prise en charge par les organismes publics, une réponse communautaire est pertinente afin de créer des précédents susceptibles d'être exploités pour influencer les programmes nationaux.

GRAPHIQUE 3: Les identités de genre des participant.e.s



Vulnérabilité socio-économique basée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre

Le Khi-deux de Pearson (P) est un test statistique qui sert à apprécier l'existence ou non d'une relation entre deux caractères au sein d'une population d'étude. L'interprétation de la dépendance est basée sur la comparaison de la valeur de P au seuil de signification $\alpha = 0,05$. Un seuil de signification de 0,05 indique 5 % de risque de conclure à tort qu'il existe une association. Si $p \leq \alpha$ alors les variables présentent une association statistiquement significative, en outre si $p > \alpha$, alors il est impossible de conclure que les variables sont associées.

L'interprétation des Khi deux de Pearson et les valeurs de $P \leq 0,05$ nous démontrent qu'il existe un rapport significatif entre les orientations sexuelles et le niveau académique, la situation d'emploi et le type de logement occupé. En effet, le Tableau 8 démontre que près de la moitié des personnes lesbiennes et bisexuelles ont le niveau secondaire. Au niveau de l'emploi, 45 à 50% de chacune des orientations sexuelles sont sans emploi. Cette même proportion vit dans des logements partagés ou collectifs. Toutefois, 5% des lesbiennes et 2,5% des bisexuel.le.s vivent dans des logements de fortune.



TABLEAU 8: Orientations sexuelles et situation socio-économique

		Lesbiennes	Bisexuel(le)s	Gays	Hétérosexuel(le)s	Asexuel(le)s
Niveau académique (P=0,000)	Aucune éducation formelle	2,70%	4,40%	50,00%	13,60%	0,00%
	Primaire	9,60%	17,10%	25,00%	18,20%	50,00%
	Secondaire	50,10%	48,80%	0,00%	31,80%	0,00%
	Universitaire	37,60%	29,80%	25,00%	36,40%	50,00%
Emploi (P=0,202)	Possède un emploi formel	15,40%	13,30%	25,00%	8,30%	0,00%
	Possède un emploi informel	33,30%	36,00%	25,00%	45,80%	50,00%
	Sans emploi	49,50%	50,20%	50,00%	45,80%	50,00%
Logement (P=0,714)	Propriétaire	7,10%	6,40%	0,00%	8,30%	0,00%
	Locataire	52,30%	49,80%	75,00%	41,70%	100,00%
	Partage un logement sans contribution	38,20%	41,40%	25,00%	37,50%	0,00%
	Sans domicile fixe	2,10%	2,20%	0,00%	12,50%	0,00%
Type de logement (P=0,000)	Maison individuelle	31,50%	27,00%	0,00%	34,80%	50,00%
	Logement dans un immeuble ou une concession collective	58,40%	65,80%	75,00%	43,50%	50,00%
	Hôtel ou auberge	1,40%	1,50%	25,00%	0,00%	0,00%
	Une construction provisoire de fortune	5,70%	2,50%	0,00%	4,30%	0,00%
Moyens de subsistance (P=0,777)	Oui	34,30%	32,20%	25,00%	22,70%	50,00%
	Non	65,70%	67,80%	75,00%	77,30%	50,00%

Le Tableau 9 démontre une faible probabilité de rapport entre l'identité de genre et les aspects de la situation socio-économique évalués ($P \geq 0,005$). Cependant, il existe un rapport entre l'identité de genre et le niveau académique ainsi que l'emploi ($P \leq 0,005$). 7% des personnes de genre non conforme n'a pas accès à une scolarité de base tandis que près de la moitié des personnes Cisgenre et Trans hommes ont le niveau secondaire.

TABEAU 9: Identité de genre et situation socio-économique

		Cisgenre	Trans homme	Queer	Genre non conforme
Niveau académique (P=0,028)	Aucune éducation formelle	3,70%	3,10%	2,40%	7,10%
	Primaire	14,80%	9,50%	2,40%	0,00%
	Secondaire	47,60%	51,80%	61,00%	28,60%
	Universitaire	33,90%	35,60%	34,10%	64,30%
Emploi (P=0,051)	Possède un emploi formel	15,70%	12,10%	22,00%	21,40%
	Possède un emploi informel	34,30%	32,50%	43,90%	50,00%
	Sans emploi	49,40%	53,30%	31,70%	28,60%
Logement (P=0,634)	Propriétaire	6,40%	6,50%	9,80%	21,40%
	Locataire	52,10%	50,80%	58,50%	50,00%
	Partage un logement sans contribution	39,20%	39,40%	31,70%	28,60%
	Sans domicile fixe	2,20%	2,80%	0,00%	0,00%
Type de logement (P=0,091)	Maison individuelle	31,40%	27,90%	41,50%	35,70%
	Logement dans un immeuble ou une concession collective	60,40%	60,60%	56,10%	57,10%
	Hôtel ou auberge	1,60%	0,80%	0,00%	7,10%
	Une construction provisoire de fortune	3,30%	6,90%	2,40%	0,00%
Moyen de subsistance (P=0,097)	Oui	34,40%	29,80%	43,90%	50,00%
	Non	65,60%	70,20%	56,10%	50,00%

SITUATION DE SANTÉ GÉNÉRALE



L'évaluation des besoins en santé générale des participant.e.s s'est basée sur l'analyse des services de santé et les types de centres de soins (ONG, Public, Privé et Traditionnel) auxquels iels ont eu recours au cours de l'année précédente de la recherche, les expériences vécues avec le personnel de santé et les obstacles liés à l'accès aux soins.

Besoins et accès aux soins

Aperçu global des besoins et accessibilité aux services de santé

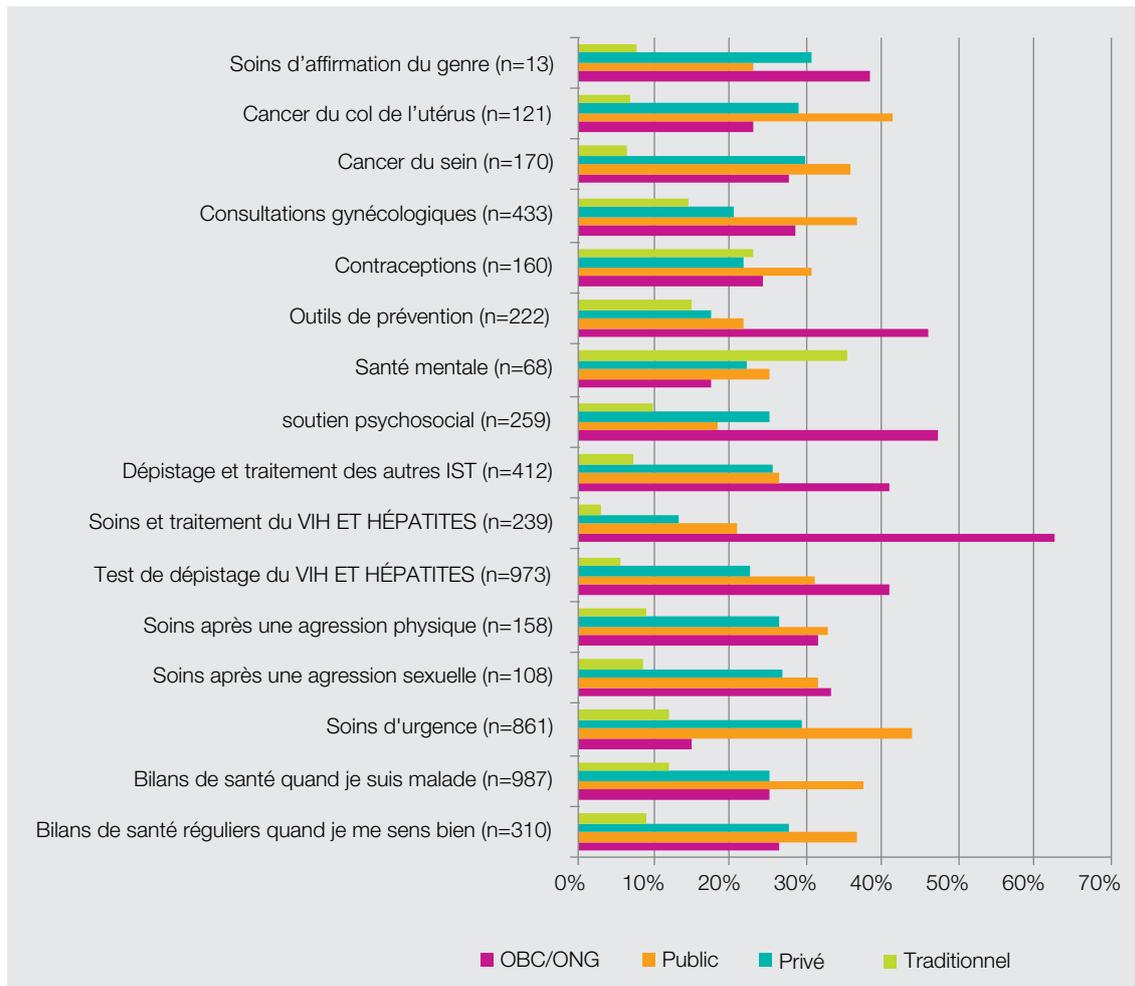
L'analyse des besoins généraux en services de santé indique que les participant.e.s ont le plus souvent recours aux services quand iels se sentent malades ou en situation d'urgence. Il y a donc une absence de suivi par le biais des bilans de santé réguliers. Au regard des systèmes de santé en place dans les différents pays de l'étude, l'accès aux soins de santé requiert une participation financière partielle ou totale de l'individu. La situation de précarité globale évoquée plus haut explique donc la forte dissuasion de recours aux services de santé, en particulier les soins de prévention primaire.

Ainsi, le recours aux services de soins est fait le plus souvent en cas de malaise ou de maladie. Les soins en lien avec la santé sexuelle prenant en compte les soins gynécologiques et les infections sexuellement transmissibles y compris le VIH sont les plus utilisés. En outre d'autres services comme la contraception, les soins à la suite d'une agression ainsi que les services liés à la détection de cancer ont été rapportés.

La forte utilisation des services de santé sexuelle est intéressante au regard du contexte épidémiologique des IST dans la région et du nombre conséquent de femmes bisexuelles. Mais l'on doit se questionner sur la qualité et la conformité de ces services vis-à-vis des femmes LBQ. En effet, pendant de nombreuses années, la lutte pour les diversités sexuelles en Afrique de l'Ouest a été portée par l'argumentaire de santé publique majoritairement fondé sur la vulnérabilité aux VIH et autres IST des homosexuels masculins. Cette approche a longtemps et continue d'ailleurs d'influencer les interventions des organisations LGBT.

Le rapport « Nous existons » (Armisen et al; 2016) a pris soin de détailler ce constat. Les organisations communautaires LBQ devraient donc se concentrer davantage sur la composition des services de santé sexuelle et leur qualité tout en s'assurant qu'ils répondent effectivement aux besoins des bénéficiaires LBQ. Par exemple, les kits de prévention distribués qui se focalisent traditionnellement sur les préservatifs masculins et les gels lubrifiants pourraient aussi inclure des digues dentaires et/ou des préservatifs de doigts. Même si l'accès à ces produits reste compliqué pour les organisations, un plaidoyer doit être initié à cet effet. D'un autre côté, le taux d'utilisation des services de soins quand on se sent malade ou en cas d'urgence interpelle à mettre en place des systèmes de prévention primaire des maladies. Enfin, l'intérêt pour certains services à l'instar des dépistages des cancers, du soutien psychologique et des traitements d'affirmation du genre est un indicateur pour les organisations qui devraient les pousser à développer leurs services et compétences dans ce sens. Ceci peut se faire à travers l'intégration de ces services dans ceux existants ou la mise en place d'alliances avec d'autres organisations ou centres experts dans ces domaines afin d'assurer un continuum de soins et/ou une offre de service globale. Les services de santé innovateurs et ceux existants doivent être améliorés du point de vue technique. Leur accessibilité doit également être garantie à travers la subvention des frais ou toute autre approche visant à réduire les coûts de soins de santé pour les utilisateur.ice.s.

Concernant les lieux où ils bénéficient le plus souvent des services, les organisations à base communautaire et/ou ONGs sont mentionnées en premier à hauteur de 60% pour les soins de santé sexuelle et 47% pour les services de soutien psychosocial. Les centres de santé publics qui viennent en deuxième position sont davantage utilisés pour les soins d'urgence (47%) et pour les services gynécologiques et de traitement/dépistage du cancer. Bien que peu mentionnée, la médecine traditionnelle est présente au niveau de chaque type de service et atteint les 35% pour les soins de santé mentale. Le faible pouvoir économique de l'échantillon explique probablement la faible fréquentation des structures privées. Toutefois, les structures privées viennent en deuxième position après les ONGs pour les soins d'affirmation du genre, bien que peu utilisés (13 personnes sur la totalité des enquêté.e.s).


GRAPHIQUE 4: Aperçu global des besoins et utilisation des services de santé


Besoins et accessibilité aux services de santé selon les pays

Les données par pays concernant l'utilisation des services de santé, consignées dans le Tableau 10, mettent en exergue des lacunes dans l'offre de services des organisations communautaires LBQ de chaque pays. Au Bénin par exemple, on remarque une faible utilisation des services de santé tant au niveau communautaire que dans les autres types de structures. Aussi, de faibles taux d'accès aux services communautaires pour les soins après une agression sexuelle et/ou les soins de santé mentale ont été enregistrés au Bénin, au Burkina-Faso et au Togo.

Toutefois, les lacunes observées ne sont pas uniformes à travers les pays. A contrario, des pays comme le Cameroun, la Côte d'Ivoire et le Mali semblent avoir de meilleurs taux d'utilisation des services de santé mentale et de soutien psychosocial à l'échelle communautaire.

TABLEAU 10: Utilisation des services de santé par pays

		Bénin	Burkina-Faso	Cameroun	Côte d'Ivoire	Mali	Togo
Bilans de santé réguliers quand je me sens bien	ONG	1,2%	12,2%	20,7%	17,1%	45,1%	3,7%
	Public	0,90%	8,80%	36,00%	25,40%	28,90%	
	Privé	1,2%	7,0%	25,6%	26,7%	36,0%	3,5%
	Traditionnel		11,1%	7,4%	3,7%	74,1%	3,7%
Bilans de santé quand je suis malade	ONG		9,7%	13,7%	21,4%	35,9%	19,4%
	Public	1,9%	11,1%	27,0%	22,6%	22,6%	14,8%
	Privé	,4%	11,0%	19,5%	16,7%	34,1%	18,3%
	Traditionnel		7,6%	7,6%	21,8%	39,5%	23,5%
Soins d'urgence	ONG	,8%	23,8%	11,1%	38,9%	8,7%	16,7%
	Public	23,80%	23,30%	16,90%	23,50%	3,20%	9,30%
	Privé	11,5%	28,6%	18,3%	22,2%	4,0%	15,5%
	Traditionnel	9,7%	28,2%	14,6%	32,0%	7,8%	7,8%
Soins après une agression sexuelle	ONG			30,6%	25,0%	38,9%	5,6%
	Public		3,00%	39,40%	18,20%	33,30%	6,10%
	Privé		3,4%	34,5%	17,2%	41,4%	3,4%
	Traditionnel			22,2%	33,3%	44,4%	
Soins après une agression physique	ONG		4,0%	34,0%	28,0%	34,0%	
	Public	2,00%	2,00%	47,10%	17,60%	25,50%	5,90%
	Privé	2,40%	4,80%	33,30%	26,20%	31,00%	2,40%
	Traditionnel		7,1%	14,3%	14,3%	64,3%	
Test de dépistage du VIH ET HÉPATITES	ONG	28,1%	11,6%	30,2%	8,3%	18,6%	3,3%
	Public	6,00%	18,90%	41,20%	6,00%	22,90%	5,00%
	Privé	1,8%	18,1%	26,7%	14,9%	28,5%	10,0%
	Traditionnel		13,20%	5,70%	15,10%	66,00%	
Soins et traitement du VIH ET HÉPATITES	ONG	55,7%	,7%	18,1%	12,1%	8,7%	4,7%
	Public	16,3%	4,1%	36,7%	14,3%	28,6%	
	Privé	9,4%		25,0%	12,5%	50,0%	3,1%
	Traditionnel			28,6%	14,3%	57,1%	
Dépistage et traitement des autres IST	ONG	28,4%	4,7%	21,3%	11,8%	26,0%	7,7%
	Public	4,6%	6,5%	31,5%	8,3%	46,3%	2,8%
	Privé	1,90%	3,80%	26,40%	8,50%	52,80%	6,60%
	Traditionnel		6,90%	13,80%		79,30%	



		Bénin	Burkina-Faso	Cameroun	Côte d'Ivoire	Mali	Togo
Soutien psychosocial	ONG	15,6%	4,9%	50,0%	3,3%	23,8%	2,5%
	Public		4,3%	51,1%	10,6%	34,0%	
	Privé		3,1%	29,7%	39,1%	26,6%	1,6%
	Traditionnel		8,0%	12,0%	12,0%	68,0%	
Santé mentale	ONG			25,0%	33,3%	41,7%	
	Public			64,7%		23,5%	11,8%
	Privé		6,7%	46,7%	13,3%	33,3%	
	Traditionnel		4,2%			95,8%	
Outils de prévention	ONG	36,60%	9,90%	31,70%	3%	13,90%	5%
	Public	4,2%	4,2%	27,1%	6,3%	47,9%	10,4%
	Privé	2,6%	5,1%	28,2%	5,1%	43,6%	15,4%
	Traditionnel					100,0%	
Contraceptions	ONG		7,70%	25,60%	5,10%	56,40%	5,10%
	Public	8,20%	10,20%	24,50%	4,10%	46,90%	6,10%
	Privé		11,4%	20,0%	2,9%	57,1%	8,6%
	Traditionnel			2,8%		97,2%	
Consultations gynécologiques	ONG	37,9%	7,3%	25,8%	8,1%	12,1%	8,9%
	Public	8,2%	13,3%	54,4%	1,9%	15,8%	6,3%
	Privé	2,2%	9,0%	37,1%	6,7%	33,7%	11,2%
	Traditionnel		3,2%	4,8%		90,3%	1,6%
Cancer du sein	ONG	19,1%	10,6%	34,0%	12,8%	21,3%	2,1%
	Public	6,6%	16,4%	36,1%	6,6%	32,8%	1,6%
	Privé		7,80%	29,40%	5,90%	54,90%	2,00%
	Traditionnel		18,2%	18,2%	9,1%	54,5%	
Cancer du col de l'utérus	ONG	10,7%	3,6%	35,7%	14,3%	35,7%	
	Public	6,1%	22,4%	32,7%	4,1%	34,7%	
	Privé		11,4%	22,9%	8,6%	57,1%	
	Traditionnel		12,5%	12,5%	50,0%	25,0%	
Soins d'affirmation du genre	ONG			40,0%		20,0%	40,0%
	Public		33,3%	33,3%		33,3%	
	Privé			25,0%	25,0%	50,0%	
	Traditionnel					100,0%	

Besoins et accès aux soins d'affirmation du genre

Au-delà des besoins en services de santé générale, nous nous sommes également intéressé aux besoins pour les services et soins d'affirmation de genre. Nous reconnaissons que l'identité de genre et son expression n'ont pas forcément besoin d'être en adéquation. Toutefois, il nous a semblé intéressant d'explorer la situation et les besoins des participant.e.s qui se sentent concerné.e.s par cet aspect. Ainsi, les questions de cette catégorie ont ciblé de façon spécifique les personnes qui se définissent de tout autre genre que cisgenre. Toutes les personnes participant à l'enquête ont été libres de répondre à ces questions si elles se sentent concerné.e.s par les soins d'affirmation du genre. Les réponses collectées proviennent largement des personnes qui s'identifient comme trans-hommes, queer et personnes de genre non-conforme comme l'indique le Tableau 11.

La quasi-totalité (98%) des Trans-hommes, queer et personnes de genre non-conforme n'utilise pas de traitement hormonal pour l'affirmation de leur genre. Toutefois, même si la majorité du groupe n'envisage pas ce type de traitement en cas d'accessibilité, 42% des trans-hommes et 28% des personnes de genre non-conforme réfléchissent à cette éventualité.

De même pour le recours à une intervention chirurgicale, la majorité n'y pense pas et n'utilise pas non plus de technique de bandage de la poitrine⁴. Néanmoins, 44% des Trans-hommes ont des pratiques de dissimulation des seins et 30% envisagent une intervention chirurgicale.

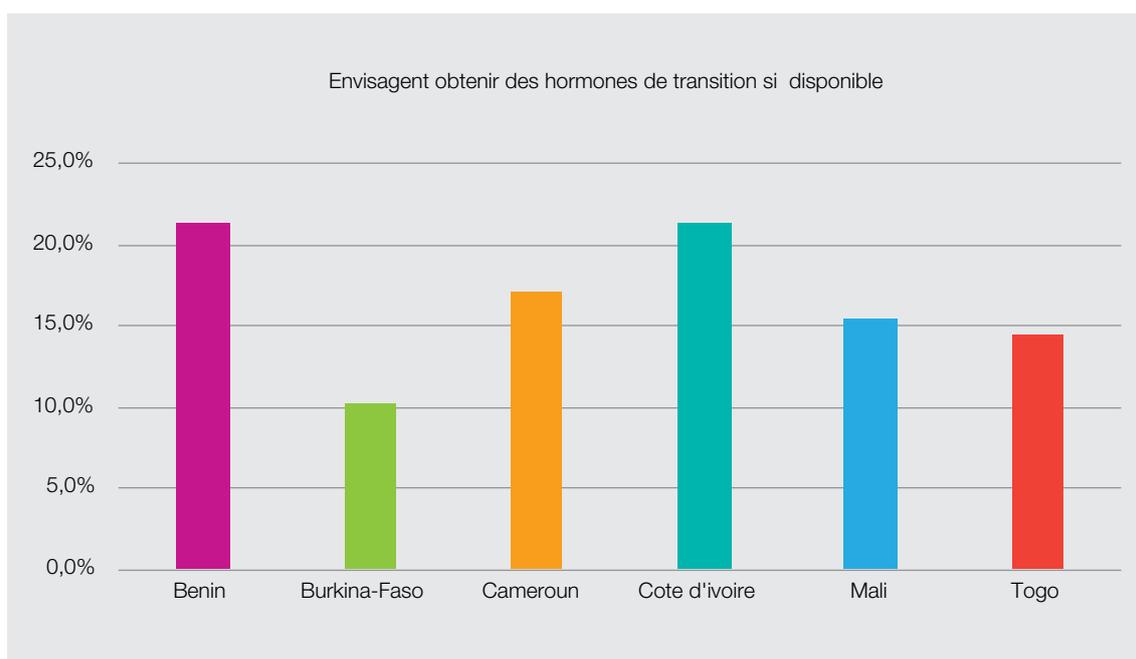
Ces résultats témoignent de la satisfaction de la majorité des personnes de genre non-conforme, des queer et trans-hommes quant à leur identité de genre. Cependant, un pourcentage important voudrait avoir accès à une chirurgie et/ou aux hormones sans y parvenir en raison de la non-disponibilité de ces services. Ceci démontre l'existence d'un manque dans l'offre de service de soins qu'il serait important de combler. Les données du Tableau 10 ci-dessus confirment l'absence de ce service au niveau communautaire surtout pour le Bénin, le Burkina-Faso et la Côte d'Ivoire.

4 Technique utilisée pour confiner la poitrine à l'aide de matériaux (bandes de tissu, bandes élastiques, sous-vêtements etc.)

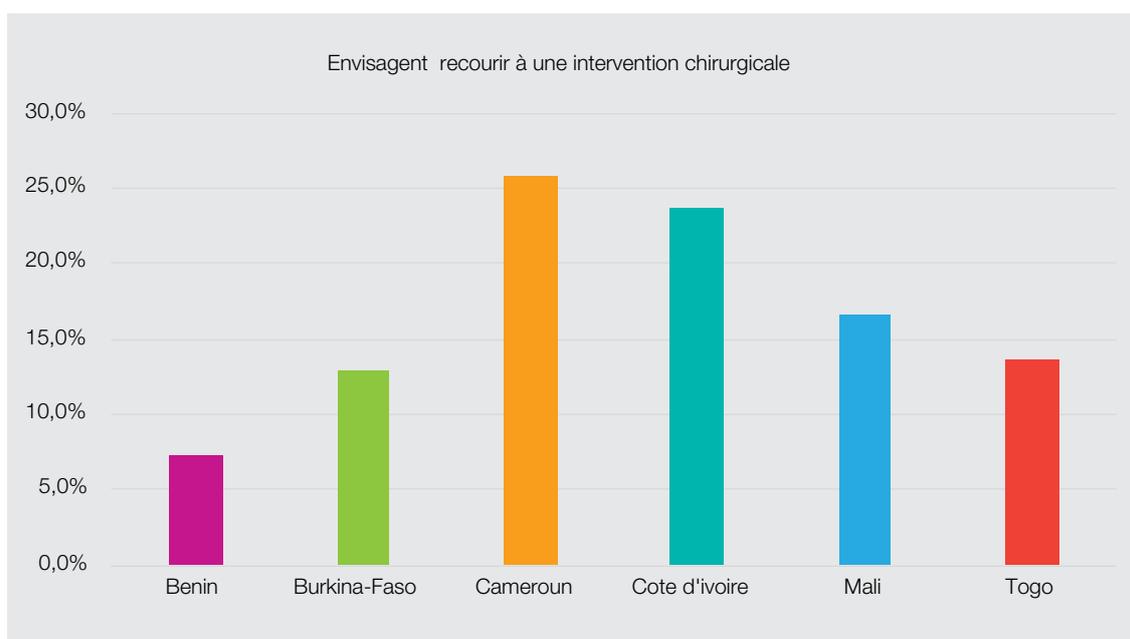

TABLEAU 11: Aperçu global de l'accès et de l'utilisation des services d'affirmation du genre

		Trans homme	Queer	Genre non conforme
Utilisez-vous des hormones pour les soins d'affirmation de genre (transition) ?	Non	368	41	14
		98,1%	100,0%	100,0%
Sinon, envisagez-vous d'obtenir des hormones de transition si disponible et accessible ?	Oui	157	0	4
		42,5%	0,0%	28,6%
	Non	212	41	10
		57,5%	100,0%	71,4%
Envisagez-vous recourir à une intervention chirurgicale par un professionnel de la santé pour améliorer votre expression de genre ?	Oui	112	3	5
		30,2%	7,3%	35,7%
	Non	259	38	9
		69,8%	92,7%	64,3%
Utilisez-vous une méthode quelconque pour cacher vos seins ? (Binders, soutien-gorge de sport, bandages, ruban adhésif, etc.)	Oui	164	4	3
		43,9%	9,8%	21,4%
	Non	210	37	11
		56,1%	90,2%	78,6%

L'analyse des données par pays pour les personnes ayant exprimé la volonté d'un traitement hormonal montre un taux de 21% pour le Bénin et la Côte d'Ivoire. Concernant la chirurgie, 25% des besoins ont été enregistrés au Cameroun et 23% en Côte d'Ivoire.

GRAPHIQUE 5: Besoins en traitement hormonal par pays


GRAPHIQUE 6: Besoins en intervention chirurgicale par pays



Niveaux de discrimination du personnel de santé

Parallèlement aux lacunes identifiées dans l'offre et l'accessibilité des services de soins, nous avons également identifié de multiples barrières en lien avec le personnel de santé et l'accueil réservé aux personnes LBQ. En effet, l'approche des prestataires reste le plus souvent hétérocentrée, c'est-à-dire fondée sur des présupposés hétérosexuels, excluant les personnes provenant des minorités sexuelles. Nous avons donc exploré au sein de notre échantillon, le niveau de discrimination provenant du personnel de soins à travers les expériences et rapports que ce dernier entretient avec eux.

De façon générale, le Tableau 12 présente un faible niveau de discrimination venant du personnel de santé. Ceci s'explique probablement par le fait que la majorité des femmes LBQ utilise beaucoup plus les services de santé du milieu communautaire comme l'ont démontré le Graphique 4 et le Tableau 10. Le niveau communautaire est le plus souvent le « safe-space⁵ » des minorités et même si le personnel de santé qui y travaille est à majorité hétérosexuel, les politiques et la nature des centres communautaires excluent toute forme de discrimination. Cependant, nous ne pouvons que formuler des suppositions, sans certitude que les cas de discrimination existants proviennent en majorité des autres centres de santé (publics et/ou privés).

L'analyse des rapports entre les femmes LBQ et leurs soignants révèle une tendance à ne pas aborder les sujets relatifs à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre. 49% de nos répondant.e.s ont déclaré ne pas aborder leur orientation sexuelle et/ou identité de

5 Environnement libre de toute discrimination



genre avec leur soignant. Ceci est en adéquation avec les résultats d'Alessandrin (2020) qui mentionne que 40% des répondants LGBT de son enquête ont déclaré ne jamais avoir parlé de leur orientation sexuelle ou identité de genre à leur médecin. La proportion est donc encore plus grande pour la communauté LBQ, et a pour conséquence une prise en charge médicale non adaptée à la réelle situation du patient, avec tous les risques que cela engendre. En lien avec ce constat, l'étude préliminaire de QAYN dans la région sur la santé sexuelle des femmes LBQ mentionne que des soins et traitements de santé ont été mal administrés à 2,8% des enquêté.e.s en raison de leur orientation sexuelle. Les mêmes analyses montrent que ce sont les femmes lesbiennes et bisexuelles qui ont le plus eu cette expérience (Eklukuvahey & Armisen, 2015). Ce manquement est en partie lié au fait que les prestataires n'ont pas forcément les clés pour mettre en confiance leurs client.e.s ou en ignorent le besoin. Car, près de la moitié de l'échantillon de notre enquête a déclaré ne pas en confiance pour révéler leur orientation sexuelle à leur prestataire de soins. Ceci nous interpelle sur la nécessaire amélioration du contenu des formations administrées aux prestataires de soins et le besoin d'aboutir à une meilleure compréhension des concepts d'orientation sexuelle et d'identité de genre.

Même si l'absence de discussion peut être imputée à l'accueil et à la mise en confiance insuffisante par le soignant, l'hypothèse d'une auto-stigmatisation n'est pas à exclure. Les données du Tableau 12 révèlent aussi que les personnes LBQ ne dévoilent pas leur orientation sexuelle et/ou identité de genre à leur soignant par crainte de discrimination (réelle ou supposée).

TABLEAU 12: Niveau de discrimination du personnel de soins

		Fréquence	Pourcentage
Avez-vous déjà caché ou essayé de cacher votre orientation sexuelle ou identité/expression de genre à un prestataire de santé par crainte de discrimination ? (n=1152)	Oui	565	49,0
	Non	587	51,0
Un prestataire de soins a-t-il déjà révélé votre orientation sexuelle ou identité/expression de genre à d'autres personnes sans votre permission ? (n=1144)	Oui	207	18,1
	Non	937	81,9
À quelle fréquence avez-vous été traité de façon irrespectueuse par le personnel à cause de votre orientation sexuelle et identité de genre (n=1151)	Jamais	854	74,2
	Rarement	162	14,1
	Parfois	110	9,6
	Souvent	25	2,2

		Fréquence	Pourcentage
À quelle fréquence pensez-vous avoir reçu un service de qualité inférieure par rapport aux autres à cause de votre orientation sexuelle et identité de genre (n=1158)	Jamais	869	75,0
	Rarement	166	14,3
	Parfois	94	8,1
	Souvent	29	2,5
À quelle fréquence avez-vous été insulté ou désigné avec un terme péjoratif par le personnel de santé à cause de votre orientation sexuelle et identité de genre (n=1157)	Jamais	882	76,2
	Rarement	156	13,5
	Parfois	87	7,5
	Souvent	32	2,8
À quelle fréquence pensez-vous que le personnel de santé vous a refusé un service à cause de votre orientation sexuelle et identité de genre (n=1155)	Jamais	949	82,2
	Rarement	120	10,4
	Parfois	62	5,4
	Souvent	24	2,1
À quelle fréquence le personnel de santé a-t-il menacé d'appeler la police ou les agents de la force publique à cause de votre orientation sexuelle et identité de genre (n=1155)	Jamais	1039	90,0
	Rarement	68	5,9
	Parfois	32	2,8
	Souvent	16	1,4

Obstacles aux soins

Les obstacles en matière d'accès aux services de santé de qualité sont multiples. Mais des recherches similaires ont identifié la discrimination et l'absence de moyens financiers comme principaux obstacles aux soins pour les personnes LGBTI. Nous avons donc exploré ces deux hypothèses auprès de nos participant.e.s. Tout comme les résultats du Tableau 12, l'inaccessibilité aux soins motivée par la discrimination est faiblement évoquée (13%). Cependant, le facteur le plus probant dans le cadre de cette enquête est celui lié au pouvoir économique comme présenté dans le Tableau 13. En effet, la majeure partie des répondant.e.s a déclaré ne pas avoir accès à une assurance maladie. Ce qui impliquerait que les soins de santé leur reviendraient plus cher. De plus, certains soins spécifiques par exemple les soins d'affirmation du genre ne sont pas couverts par les régimes d'assurance et très peu disponibles au niveau des structures communautaires. Ceci résonne avec les résultats du rapport « Seules contre tous » de QAYN qui stipule que les FSF en Afrique de l'Ouest identifient le plus souvent le chômage et la pauvreté comme étant leurs plus grandes préoccupations, en plus de la marginalisation et de l'invisibilité (Okonlawon,



Oguaghamba, Kouassiaman & Armisen ; 2012). Cette vulnérabilité économique ayant un impact sur l'accès aux soins des personnes LGBTI a été accentuée par la pandémie de Covid-19 (OHCHR, 2020).

Avec 55,2% des répondant.e.s qui ont déclaré ne pas avoir les moyens suffisants pour avoir recours à des services de santé en fonction de leurs besoins, l'automédication est une pratique très couramment utilisée, à hauteur de 59% comme présentée dans le Tableau 14.

TABLEAU 13: Obstacles aux soins

		Fréquence	Pourcentage
Bénéficiez-vous d'une aide médicale ou une assurance maladie ? (n=1145)	Oui	196	17,1
	Non	949	82,9
Lorsque vous aviez besoin de services de santé (étant malade, blessé ou bien portant), n'avez-vous déjà pas pu accéder aux services de santé à cause du manque de respect ou de la discrimination basée sur votre orientation sexuelle ou identité/expression de genre venant du personnel de soins ? (n=1149)	Oui	155	13,5
	Non	994	86,5
Lorsque vous aviez besoin de services de santé (étant malade, blessé ou bien portant), n'avez-vous déjà pas pu accéder aux services de santé parce que vous n'aviez pas les moyens financiers ? (n=1153)	Oui	637	55,2
	Non	516	44,8

L'automédication

Les résultats de cette enquête soulignent non seulement un taux important de recours à l'automédication, mais aussi des dangers liés à cette pratique. S'il apparaît plus facile de se retourner vers cette solution, il n'en demeure pas moins qu'elle peut être lourde de conséquences. Effets secondaires, méconnaissance de la composition du médicament, erreur de posologie, non-respect des dates de péremption, toxicité méconnue, aggravation d'un état au départ peu grave, non prise en compte d'allergie, danger de cumuler plusieurs médicaments incompatibles, etc. sont des complications qui sont revenues tout au long des entretiens avec 23% des participant.e.s. concerné.e.s.

TABLEAU 14 : Situation de l'automédication

		Fréquence	Pourcentage
Si vous n'avez pas pu accéder aux soins de santé en raison du manque de moyens financiers et/ou de la discrimination, avez-vous eu recours à une automédication ? (n=986)	Oui	582	59,0
	Non	404	41,0
Si vous avez eu recours à une automédication, avez-vous eu des complications de votre état de santé dues à l'automédication ? (n=986)	Oui	228	23,1
	Non	758	76,9

On retient donc que la situation de santé des personnes LBQ est marquée par une non-adéquation des services offerts par rapport aux besoins des communautés. L'accès aux soins reste entravé par le manque de formation des prestataires, l'auto-stigmatisation et les coûts financiers. Beaucoup ont donc recours à l'automédication comme alternative.

SITUATION DE LA VIOLENCE



La discrimination basée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre se manifeste sous plusieurs formes dont la violation des droits fondamentaux et divers types de violences. Afin d'évaluer la situation de violations des droits humains chez les personnes LBQ, nous nous sommes basés sur l'exploration des cas récurrents au niveau des pays ciblés. Cette base provient de la consultation des organisations LBQ ayant pris part à l'étude.

À l'issue de l'évaluation, nous avons pu distinguer des cas de violations des droits fondamentaux liés à l'accès à l'éducation, l'emploi, le logement et le respect de la vie privée. En addition, d'autres formes de violence comme verbales, physiques et sexuelles ont été enregistrées. Afin de mieux estimer la prévalence de ces violences, le questionnaire a exploré leur récurrence au cours de la vie des participant.e.s ainsi qu'au cours des douze derniers mois.

Violation des droits fondamentaux

Le Tableau 15 ci-dessous indique de fortes violations des droits telles que le non-respect de la vie privée, les discriminations dans le secteur de l'emploi et du logement.

En matière de non-respect de la vie privée, les cas de chantage et d'outing sont très fréquents puisqu'ils concernent plus de 60% des répondant.e.s. En effet, l'homophobie sociale et étatique encourage et légitimise ces abus. Les répercussions sociales de la divulgation de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre sont extrêmement sévères pour les individus. Dans son enquête, « Seules contre tous », QAYN mentionne que les FSF parlent constamment de la crainte d'être involontairement "poussées hors du placard" et contraintes au mariage forcé, voire parfois à avoir des enfants pour satisfaire les attentes de la famille et de la société ou pour fuir les menaces de reniement, de violence ou de mort préférées par les membres de leurs familles (Okanlawon *et al.* 2012).

Dans le milieu professionnel, le harcèlement sur la base de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre représente 18% et les licenciements abusifs sur la base de l'orientation sexuelle et l'identité de genre 12%. Les discriminations et les stigmatisations suivent le

double, dans un double spectre du genre et de l'orientation sexuelle. Plus simplement, si il est déjà difficile pour une femme d'avoir accès à un emploi, ça l'est encore plus pour une personne LBQ. Ceci explique éventuellement le fait que la majorité de notre échantillon disposant d'un emploi soit dans le secteur informel ou l'entrepreneuriat : n'ayant pas accès à un emploi formel du fait de la discrimination dont iels sont l'objet, iels ont fait le choix de créer leurs propres sources de revenus.

Sur la question du logement, beaucoup de personnes LBQ doivent quitter leur domicile après « être sorti.e du placard » auprès de leur famille ou du voisinage. D'après le tableau 15, les expulsions des personnes LBQ du domicile familial représentent 29% des personnes interrogé.e.s. A la recherche d'une alternative ou d'une location, iels se heurtent à des discriminations supplémentaires y compris le refus de location. C'est notamment le cas pour 26% des personnes enquêtées.

Au niveau éducatif, peu d'études portent sur l'intimidation et le harcèlement des jeunes LGBTI en milieu scolaire. Cependant, quand on est issu.e de la diversité sexuelle et de genre et plus encore quand on est une femme, en raison des considérations liées au genre mentionnées plus haut, on est confronté.e plus sévèrement au harcèlement et à l'intimidation en milieu scolaire. Le harcèlement et l'intimidation dans le milieu scolaire encouragent le décrochage. Suivant l'image de la "pipeline école-prison", le contexte encourage le décrochage massif et plus tard la difficulté d'accès aux emplois, donc le choix de la criminalité.

En outre, en Afrique subsaharienne, 9,5 millions de filles n'iront jamais en classe contre cinq millions de garçons, selon les données de l'Institut de statistique de l'UNESCO (ISU.2018). Selon l'institution onusienne, celles-ci sont plus exposées aux intimidations de nature psychologique. La violence basée sur le genre à l'endroit des LBQ dans le milieu scolaire constitue un obstacle majeur à l'accès universel à la scolarité et à la mise en application du droit à l'éducation pour les filles⁶. Les données existantes indiquent que certaines caractéristiques des femmes, telles que leurs préférences sexuelles, etc. peuvent accroître la vulnérabilité des femmes face à la violence. Dans cet ordre d'idée, il n'est pas surprenant de constater que les personnes LBQ aient plus difficilement accès à l'éducation ou décident de ne pas poursuivre leurs études.

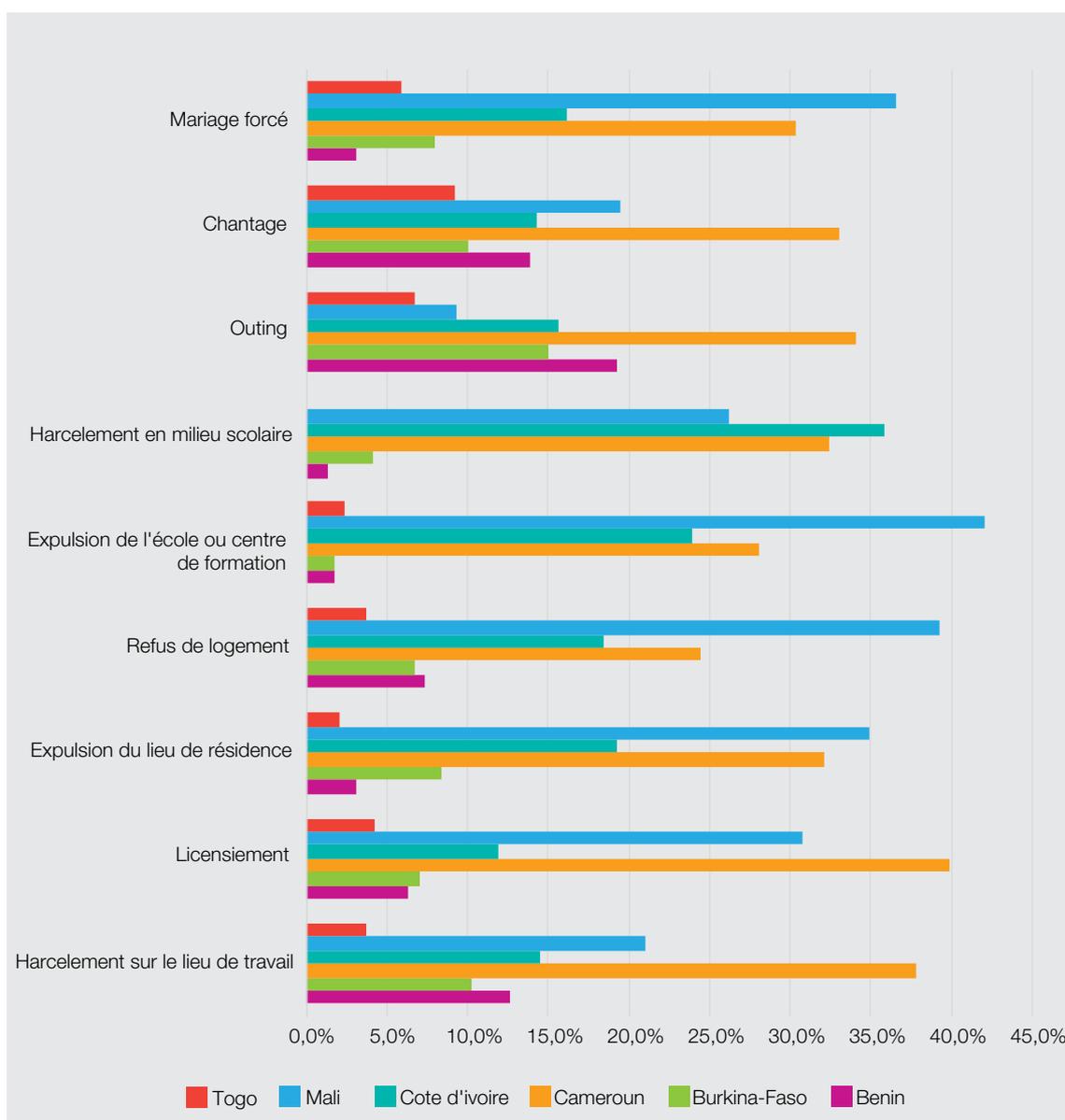
6 <https://www.unwomen.org/fr/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>


TABLEAU 15: Répartition globale des Violations des droits fondamentaux

		Fréquence	Pourcentage
En lien avec l'accès à l'éducation			
Avez-vous déjà été victime de harcèlement à l'école en raison de votre orientation sexuelle ou de votre identité de genre réel ou perçu ? (n=1137)	Oui	146	12,8
	Non	991	87,2
Avez-vous déjà été renvoyé (e) ou expulsé (e) de l'école en raison de votre orientation sexuelle ou de votre identité de genre réelle ou perçue ? (n=1133)	Oui	173	15,3
	Non	960	84,7
En lien avec l'accès à l'emploi			
Avez-vous déjà été harcelé au travail en raison de votre orientation sexuelle ou de votre identité de genre réelle ou perçue ? (n=1130)	Oui	214	18,9
	Non	916	81,1
Avez-vous déjà été licencié d'un emploi en raison de votre orientation sexuelle ou de votre identité de genre réelle ou perçue? (n=1133)	Oui	143	12,6
	Non	990	87,4
En lien avec l'accès au logement			
Vous a-t-on refusé un logement en raison de votre orientation sexuelle et de votre identité de genre réel ou perçu? (n=1135)	Oui	299	26,3
	Non	836	73,7
Avez-vous été victime d'expulsion d'un appartement loué en raison de votre orientation sexuelle et de votre identité de genre ? (n=1138)	Oui	289	25,4
	Non	849	74,6
Avez-vous déjà été expulsé de votre domicile par des membres de votre famille, des institutions religieuses et des gardiens de la culture en raison de votre orientation sexuelle ou de votre identité de genre réel ou perçu ? (n=1135)	Oui	337	29,7
	Non	798	70,3
En lien avec la vie privée			
Quelqu'un a-t-il déjà menacé de révéler votre orientation sexuelle et de votre identité de genre à d'autres sans votre permission ? (n=1153)	Oui	701	60,8
	Non	452	39,2
Quelqu'un aurait déjà révélé votre orientation sexuelle et de votre identité de genre à d'autres personnes sans votre permission ? (n=1143)	Oui	721	63,1
	Non	422	36,9
Avez-vous déjà été forcé ou contraint au mariage ? (n=1147)	Oui	290	25,3
	Non	857	74,7

Les violences au niveau des différents pays impliqués dans l'enquête, rejoignent les données globales au niveau régional. La typologie des violences s'aligne avec les différents contextes socio culturels des différents pays. Le mariage forcé, par exemple, est une pratique plus fréquemment observée dans les pays majoritairement musulmans à l'instar du Mali (Graphique 7).

GRAPHIQUE 7: Répartition des violations des droits fondamentaux par pays



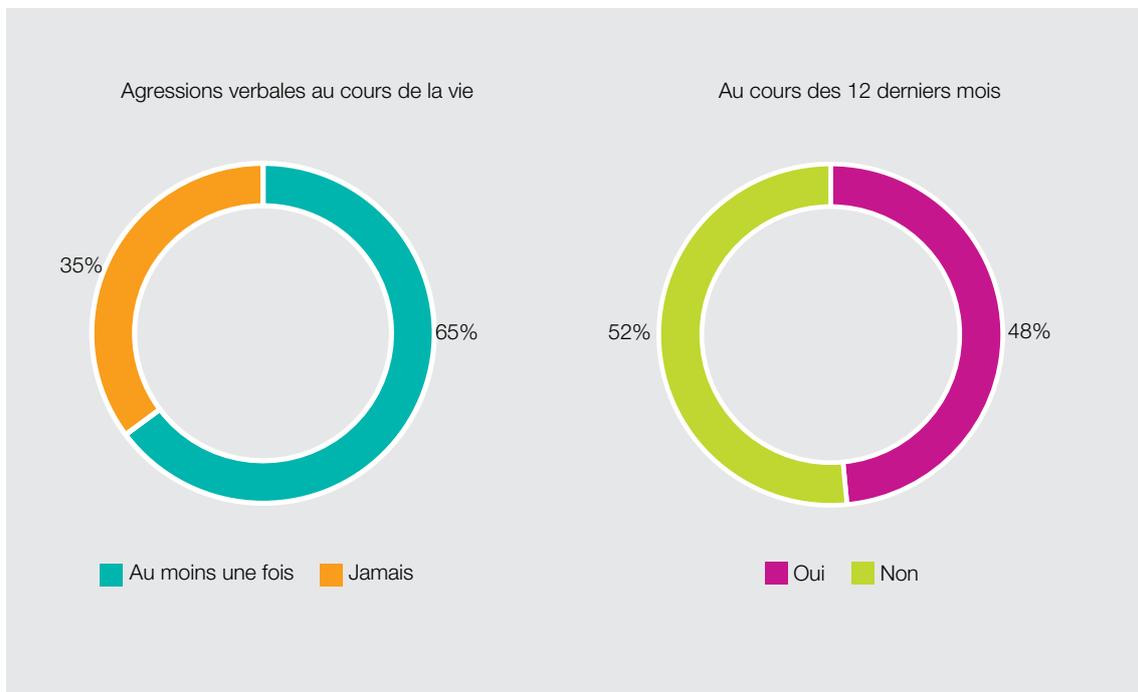
Les agressions verbales, physiques et sexuelles

L'évaluation de la prévalence des agressions verbales, physiques et sexuelles a été faite d'une façon globale indépendamment des sous-types d'agressions et des circonstances. L'interprétation de résultats de cette partie du rapport doit se faire en ayant à l'idée que les dénominateurs des sous-groupes lesbiennes, bisexuelles, cisgenres et trans-hommes ne sont pas constant. Pour plus de précisions, nous convions les lecteurs à se référer à la partie méthodologie et au questionnaire annexé au rapport.



Agressions verbales

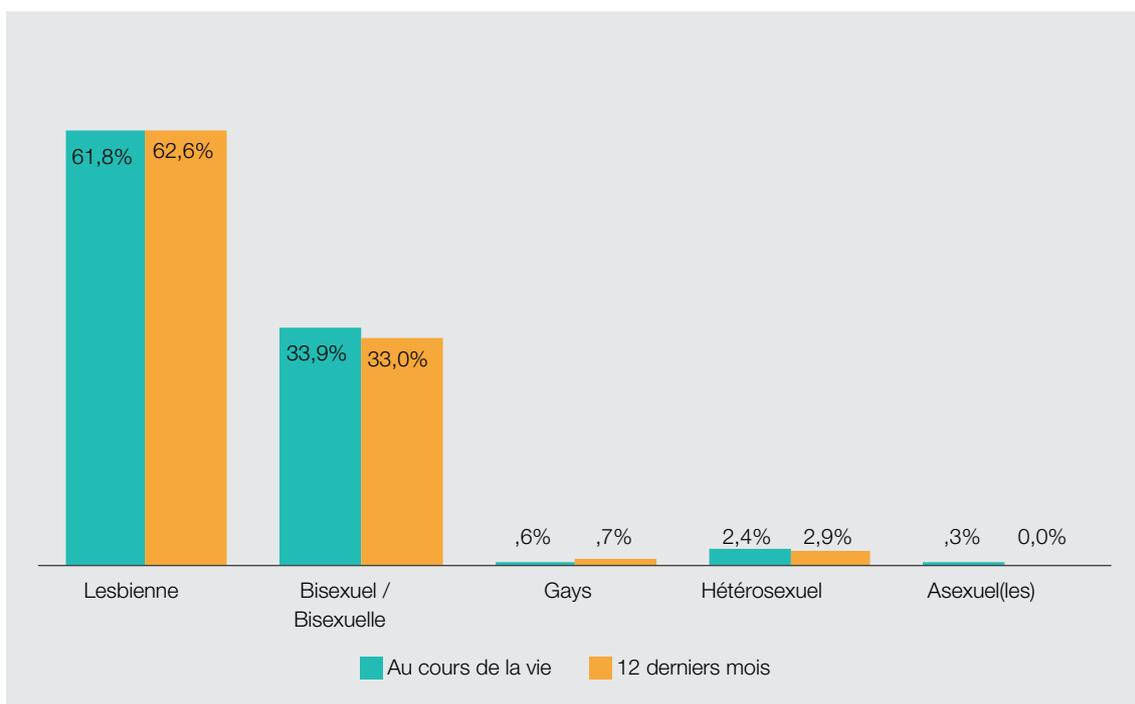
GRAPHIQUE 8: Prévalence des agressions verbales



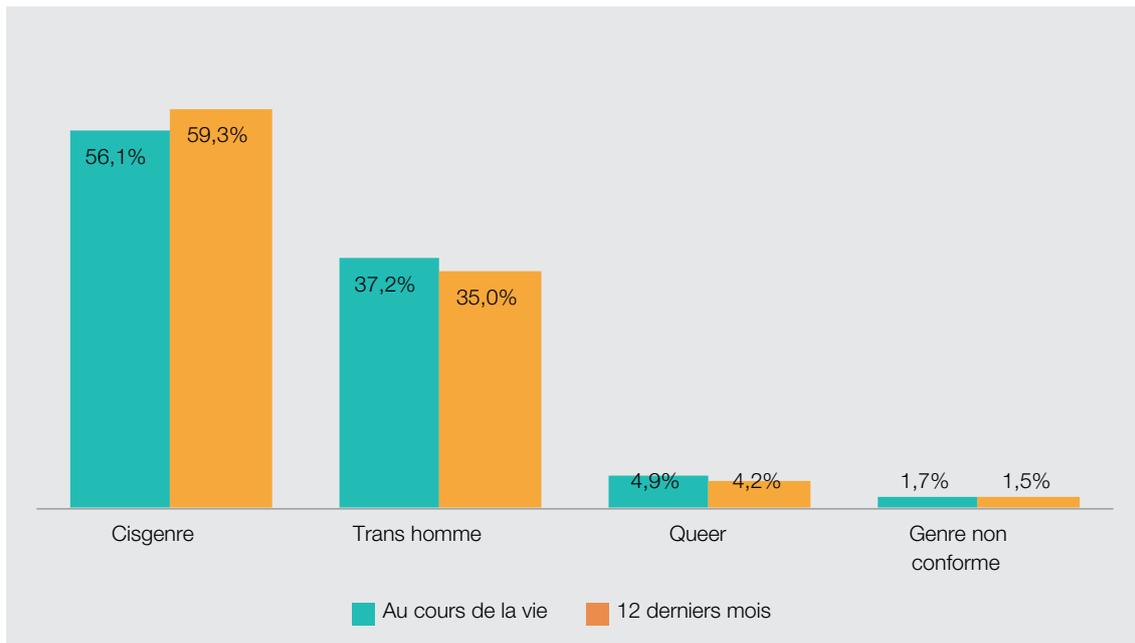
Les agressions verbales à l'encontre des personnes LGBTI sont malheureusement courantes. Les personnes LBQ ne sont pas plus épargné.e.s comme le signale le Graphique 8. Elles subissent une triple discrimination comme déjà mentionnée, l'homophobie et la transphobie, auxquelles s'ajoute le sexisme. 65% des personnes enrôlées dans notre enquête ont déjà été victimes d'agressions verbales. Les répercussions des agressions verbales ne sont pas à minimiser, surtout sur la santé mentale, l'estime de soi et le bien-être en général. En faisant une observation de l'historique des agressions verbales sur les 12 derniers mois, jusqu'à 48% des répondant.e.s ont déclaré en avoir été victimes. Similairement dans son rapport « Seules contre tous », QAYN constate que les FSF sont victimes de chantage et d'extorsion, d'insultes et d'attaques verbales de manière régulière et que par conséquent elles ont peur pour leur sécurité.

Les répondant.e.s qui s'identifient comme lesbiennes et bisexuelles dans le cadre de cette enquête constituent la proportion la plus touchée par ce type d'agressions respectivement à hauteur de 61% et 33% (Graphique 9). Cette réalité démontre à quel point l'orientation sexuelle est un facteur de « vulnérabilité ». Dans un constat général, il existe une constance de vulnérabilité d'un pays à un autre comme le démontrent les taux d'agressions selon les pays dans les Graphiques 14 et 18.

GRAPHIQUE 9: Agressions verbales et orientations sexuelles



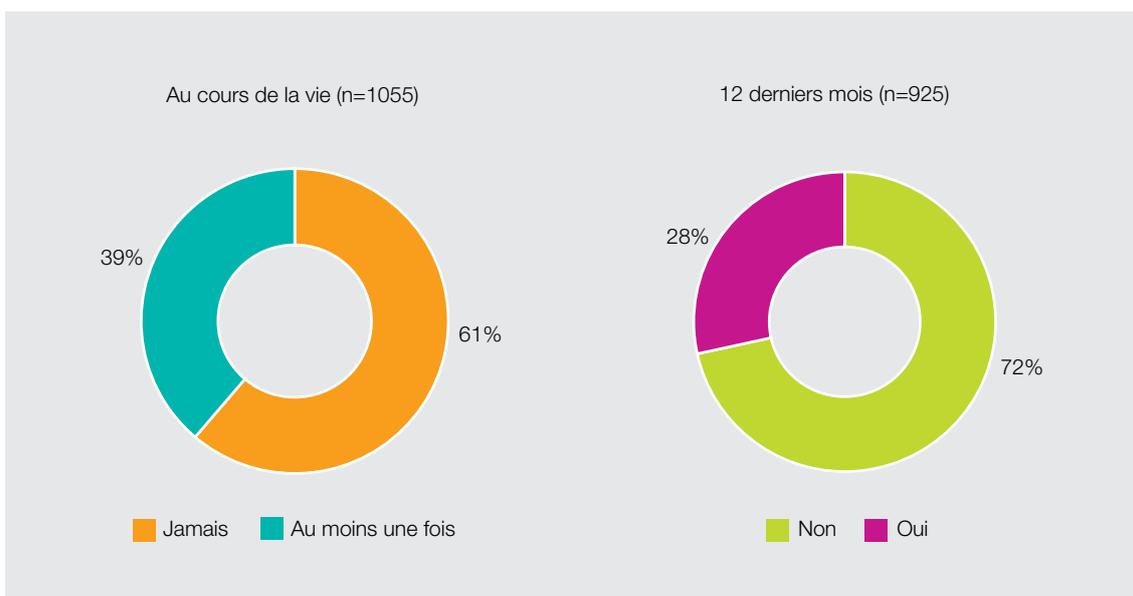
Il ressort que plus de la moitié des femmes cisgenres sont touchées par les agressions verbales suivi des trans-hommes selon le Graphique 10. La violence basée sur le genre en lien avec l'orientation sexuelle et la violence sexiste dont sont souvent victimes les personnes LBQ doivent être prises en compte. Les agressions contre les personnes LBQ oscillent entre les motivations exclusivement misogynes et les motivations homophobes. Ainsi, sans indication claire des auteurs agresseurs, les survivant.e.s peuvent ne pas savoir si l'incident est soit sexiste, homophobe ou les deux (Mason, 1993).

**GRAPHIQUE 10:** Agressions verbales et identités de genre

Agressions physiques

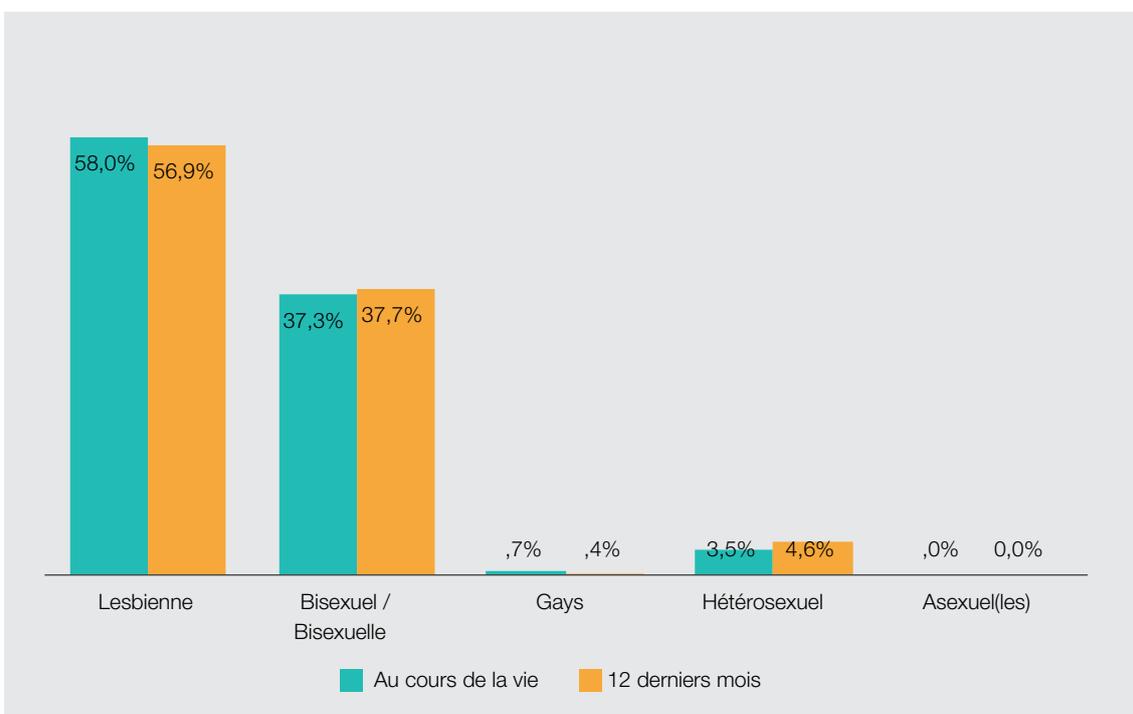
Les agressions physiques constituent également une forme de violence répandue. 39% des répondant.e.s ont eu à expérimenter au moins une agression physique au cours de leur vie et 28% sur la période des douze derniers mois (Graphique 11). Dans les travaux de Müller (manque l'année) conduits en Afrique orientale, il apparaît que 58% des répondant.e.s LBQ avaient déjà été victimes d'agressions physiques au cours de leur vie. Le même rapport avance que les survivant.e.s des agressions physiques sont sujet.te.s à d'autres risques de santé et présentent des signes de stress post-traumatique.

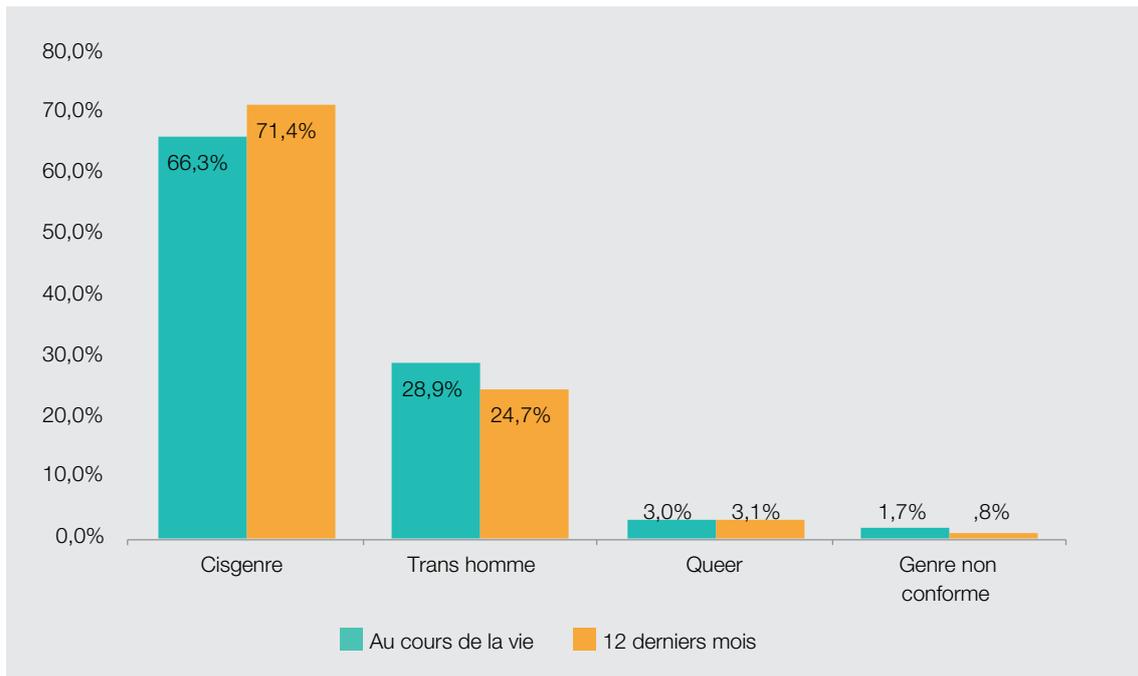
GRAPHIQUE 11: Prévalence globale des agressions physiques



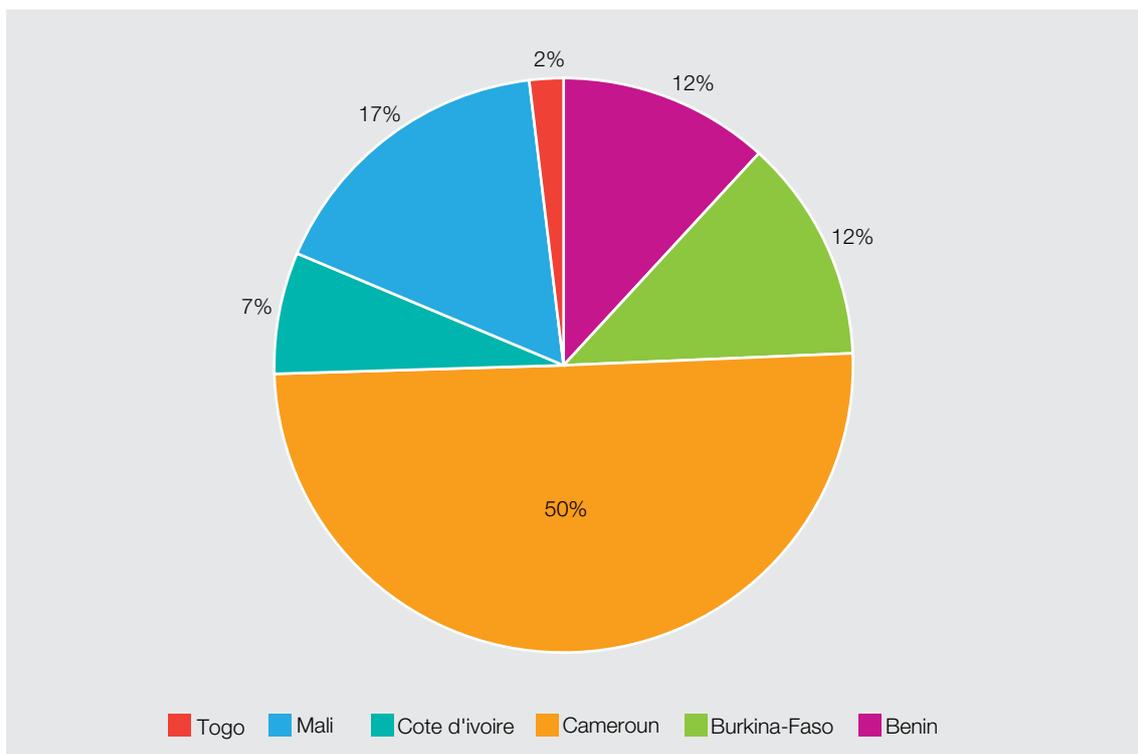
Les taux d'agressions physiques au cours des douze derniers mois chez les lesbiennes et bisexuelles sont respectivement de 57% et 37% (Graphique 12). Ils sont de 71% et 24% au sein des groupes cisgenres et Trans-hommes.

GRAPHIQUE 12: Agressions physiques et orientations sexuelles




GRAPHIQUE 13: Agressions physiques et identités de genre


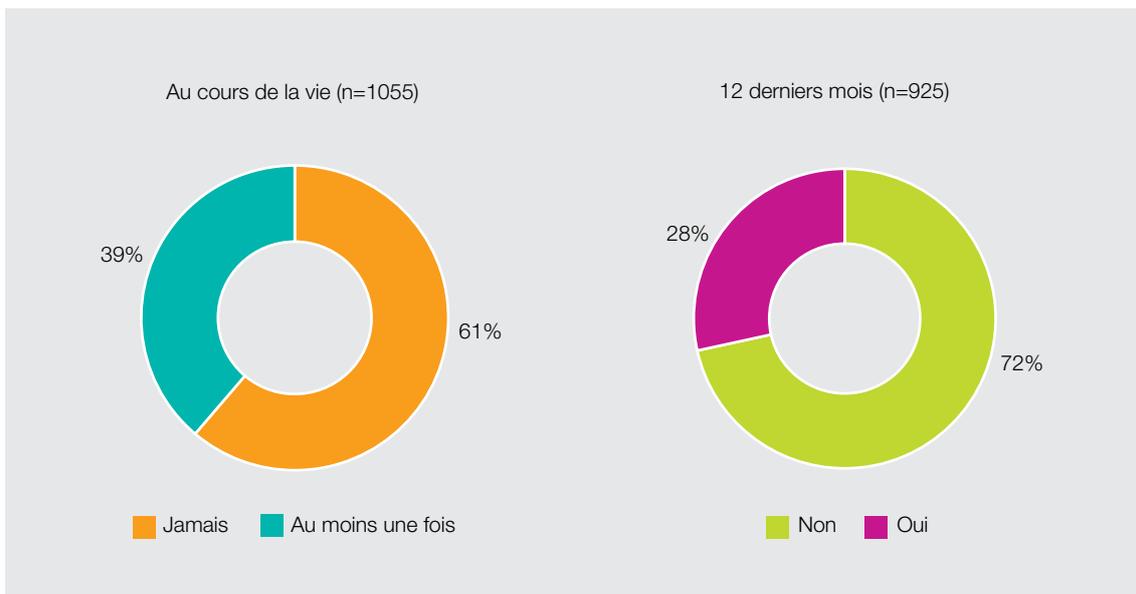
Selon les pays, la prévalence des agressions physiques est inégalement répartie. La moitié des cas d'agressions physiques enregistrées au cours des 12 derniers mois se concentre au Cameroun tandis que le Mali, le Burkina-Faso et le Bénin se classent à la suite (Graphique 14).

GRAPHIQUE 14: Prévalence des agressions physiques au cours des 12 derniers mois par pays


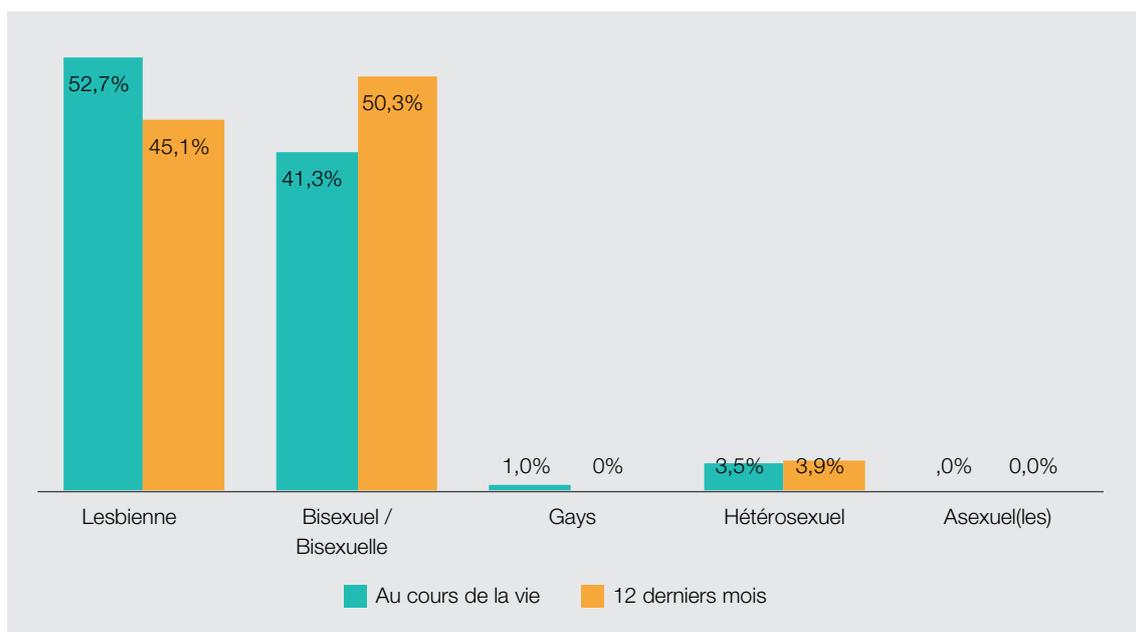
Agressions sexuelles

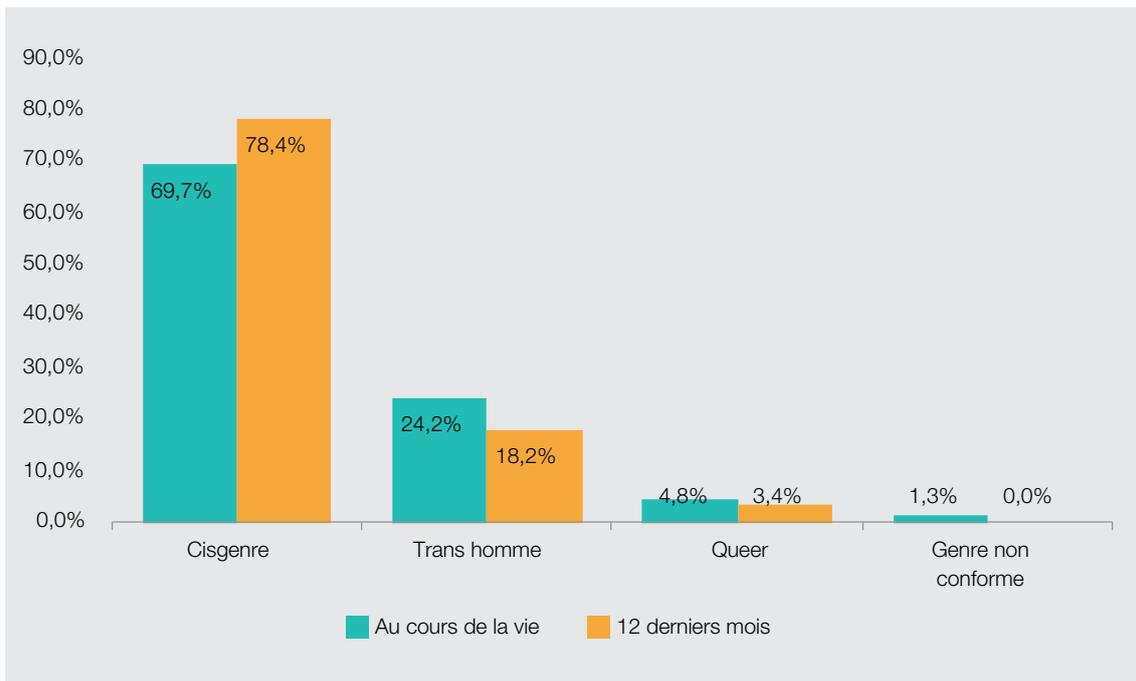
Sur l'ensemble des participant.e.s de l'enquête, 28% ont été victimes d'agressions sexuelles au moins une fois au cours de leur vie. Cette prévalence est de 18% au cours des douze derniers mois (Graphique 15). Nous estimons que ces chiffres, bien que très inquiétants, sont probablement sous-estimés au regard du tabou, de la honte et la victimisation dont souffrent les survivantes.

GRAPHIQUE 15: Prévalence globale des agressions physiques



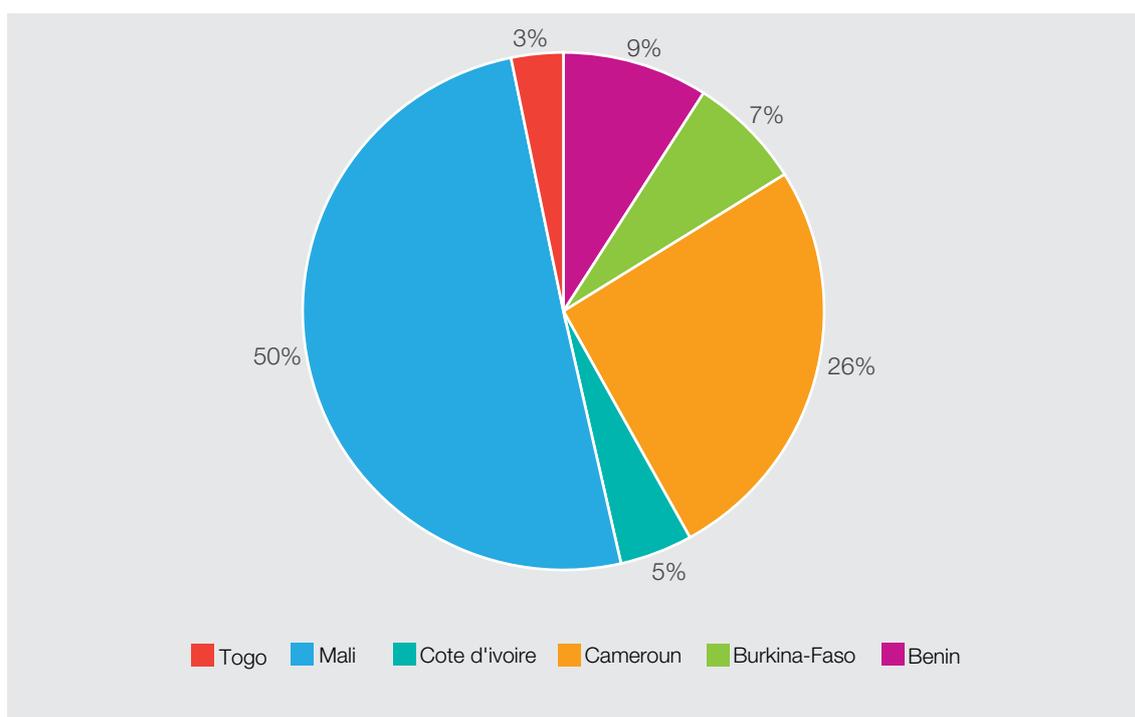
GRAPHIQUE 16: Agressions sexuelles et orientations sexuelles



**GRAPHIQUE 17:** Agressions sexuelles et identité de genre

Au niveau des pays, le Graphique 18 présente le pourcentage de participant.e.s qui ont déclaré avoir été victimes d'agressions sexuelles au cours des 12 derniers mois. Ces pourcentages sont une résultante de la prise en compte combinée des spécificités liées à l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Même si les taux d'agressions sexuelles sont inférieurs à ceux des agressions physiques, le Mali et le Cameroun demeurent les plus affectés.

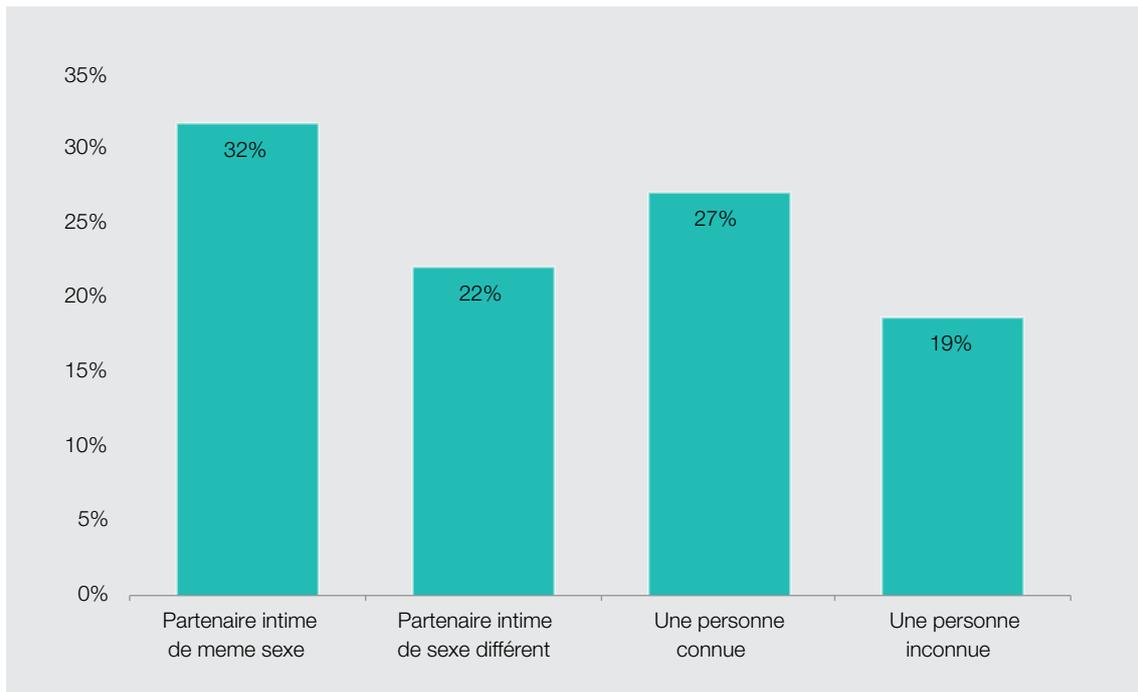
GRAPHIQUE 18: Prévalence des agressions sexuelles par pays



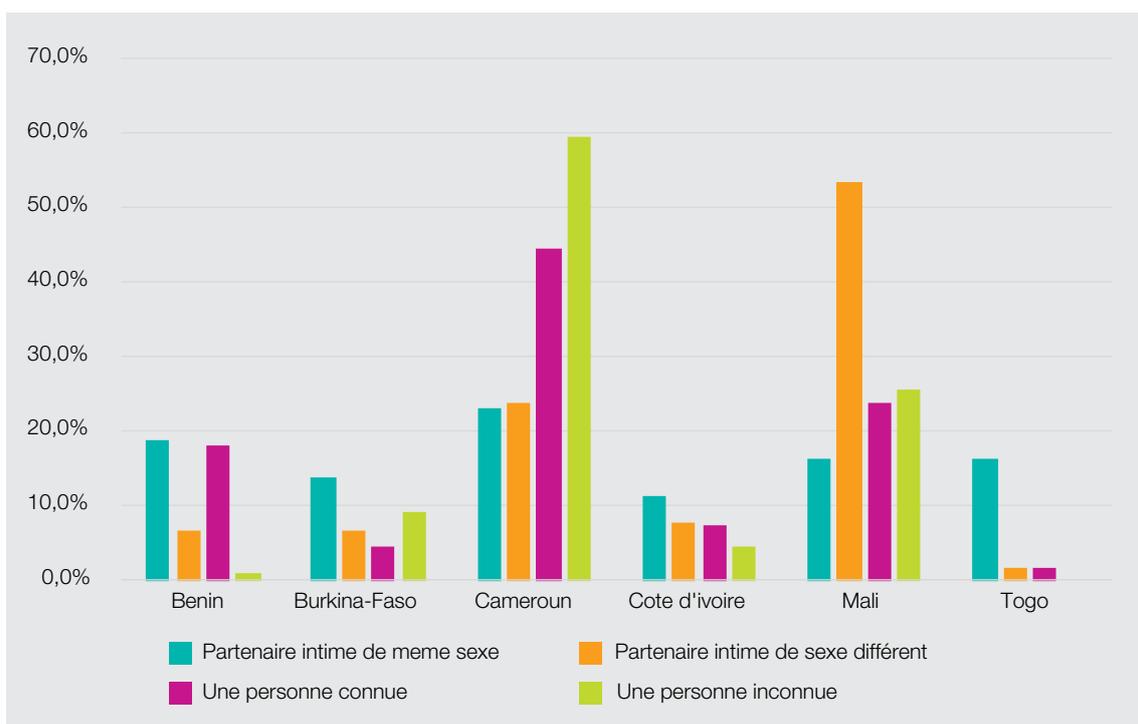
Auteurs des violences

L'analyse des réponses des participant.e.s ayant vécu une expérience de violence au cours de leur vie révèle que les premier.ière.s auteur.e.s des violences contre les personnes LBQ sont les partenaires intimes avec une dominance des partenaires intimes de même sexe (Graphique 19). Ces dernier.ière.s représentent 32% des auteur.e.s de violence. Ceci met en lumière une violence de type domestique et/ou conjugale au sein des couples de personnes LBQ.

Toutefois, l'existence de violence conjugale interne à la communauté ne rend pas moins importante la violence provenant de personnes externes à la communauté. Au-delà des partenaires intimes, les connaissances et les personnes étrangères sont désignées comme auteur.e.s respectivement dans 27% et 19% des cas.


GRAPHIQUE 19: Répartition globale des auteurs des agressions


Dans une lecture spécifique par pays, la répartition des auteur.e.s d'agressions au Bénin, au Burkina-Faso, en Côte-d'Ivoire et au Togo s'aligne sur la tendance régionale. Cependant, les partenaires intimes de sexe différent, les connaissances et les personnes étrangères sont en forte tendance au Cameroun et au Mali.

GRAPHIQUE 20: Répartition des auteur.e.s d'agressions par pays


Les partenaires intimes

La proportion importante des partenaires intimes identifié.e.s comme principaux auteurs des agressions est une réalité qui vient confirmer les résultats d'études précédentes menées en Afrique francophone subsaharienne et en Afrique orientale (Eklukvahey & Armisen, 2015 ; Muller et al, 2019).

La portée morale et psychique des violences provenant des partenaires intimes n'est pas à négliger. Dans les cas de violations du respect de la vie privée, 36% des abus proviennent des partenaires intimes et l'impact sur l'estime de soi des survivant.e.s varie entre 25% et 26% des répondant.e.s (Tableau 16).

Parmi les partenaires intimes, une analyse croisée des auteur.e.s d'agressions sexuelles avec l'orientation sexuelle des survivant.e.s révèle qu'au niveau des lesbiennes, le.la partenaire intime de même sexe est le plus souvent l'auteur.e de l'agression tandis que le partenaire sexuel de sexe différent (homme) est en tête chez les femmes bisexuelles (Graphique 21). Ce résultat a attiré notre attention sur la question de la violence entre partenaires lesbiennes, et remet en cause deux mythes : celui de la femme comme individu naturellement non violent (Besnier, 2004) et celui du couple lesbien comme étant nécessairement égalitaire et évoluant en dehors de tout enjeu de pouvoir. Il nous faut donc comprendre les facteurs et mécanismes de cette violence au niveau des relations intimes.

TABLEAU 16: Portée de la violence venant des partenaires intimes

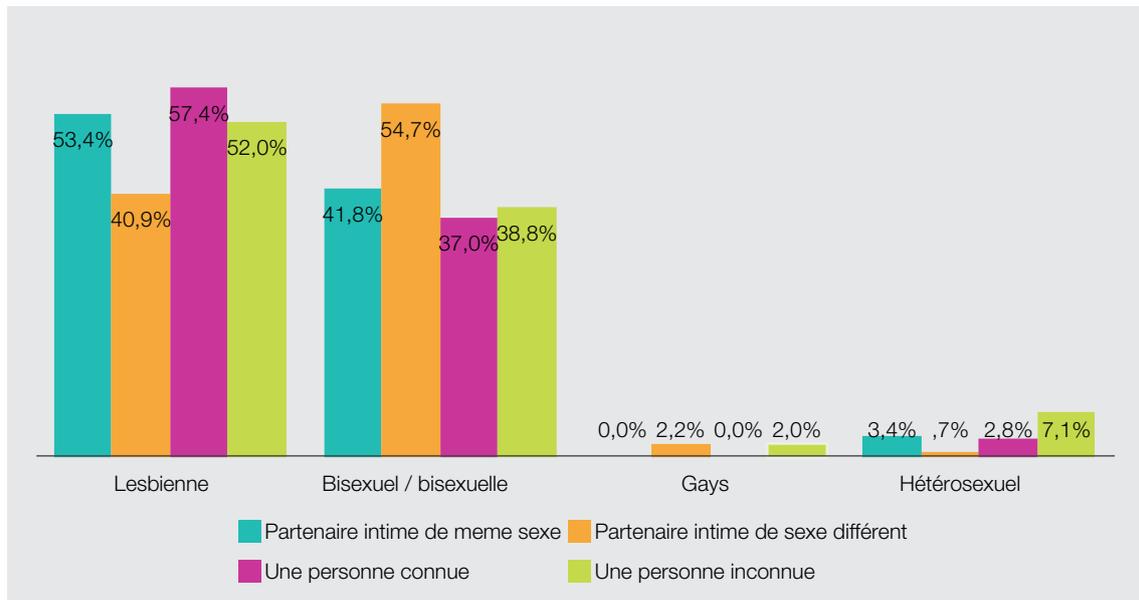
		Fréquence	Pourcentage
Un partenaire intime (passé ou actuel) a-t-il déjà menacé de révéler que vous êtes LBQT à d'autres personnes sans votre permission ? (n=1152)	Oui	419	36,4
	Non	733	63,6
Un partenaire intime (passé ou actuel) vous a-t-il déjà fait sentir que vous ne valiez rien à cause de votre orientation sexuelle et de votre identité de genre ? (n=1148)	Oui	290	25,3
	Non	858	74,7
Un partenaire intime (passé ou actuel) vous a-t-il déjà fait sentir honteux (ce) à cause de votre orientation sexuelle et de votre identité de genre ? (n=1151)	Oui	301	26,2
	Non	850	73,8

Les connaissances

Les personnes connues, identifiées dans le cadre de cette enquête sont des personnes de l'entourage proche des survivant.e.s et qui ne sont pas des partenaires intimes. Elles représentent de manière générale 27% des agresseurs (Graphique 19) et plus de 57% parmi eux ont porté atteinte aux survivantes lesbiennes (Graphique 21).



GRAPHIQUE 21: Auteurs des agressions sexuelles au cours de la vie selon les orientations sexuelles



Les inconnus / étrangers

Bien que classées en dernière position dans l'analyse globale des réponses des participant.e.s à l'enquête, les personnes étrangères constituent 19% des auteurs d'agressions. De façon spécifique, 52% d'entre eux sont les auteurs d'agressions sexuelles auprès des lesbiennes (Graphique 21).

Recours et accès à la justice pour les « survivant.e.s »

Très peu de personnes LBQ font confiance aux services de sécurité et de protection du fait de législations et d'un contexte social homophobe et transphobe dans les pays couverts par l'enquête. Par conséquent, les survivant.e.s ne se sentent pas en confiance pour reporter les faits aux autorités compétentes. D'après le Tableau 17, 31% des personnes ayant subi une agression n'ont pas voulu porter plainte par crainte de stigmatisation par rapport à leur orientation sexuelle et/ou identité de genre. Dans les cas où les faits sont signalés, 80% des survivant.e.s ont caché leur orientation sexuelle et/ou leur identité de genre pour espérer être traité.e.s équitablement au regard de la loi.

Les survivant.e.s d'agressions physiques consultent peu souvent des médecins ou des organismes de défense des droits à la suite de ces événements. Ceci renvoie encore à une auto-stigmatisation réelle et/ou supposée et au coût financier des services de soins de santé.

TABLEAU 17: Niveau d'accès aux soutiens

		Fréquence	Pourcentage
<p>Avez-vous déjà révélé votre orientation sexuelle et/ou identité de genre à un organisme d'application de la loi, à un agent ou à un groupe de défense des droits de l'homme lorsque vous êtes victime de stigmatisation ou de discrimination en raison de votre orientation</p> <p>(n=1154)</p> <p>(Cela inclut la police, l'armée, les principales institutions de défense des droits de l'homme, les assistants juridiques ou les responsables des droits de l'homme)</p>	Oui	222	19,2
	Non	932	80,8
<p>Les groupes de défense des droits de l'homme des agences chargées de l'application de la loi ont-ils hésité à aborder votre cas de stigmatisation et de discrimination ? (Cela inclut la police, l'armée, les principales institutions de défense des droits de l'homme, les assistants juridiques ou les responsables des droits de l'homme)</p> <p>(n=1143)</p>	Oui	139	12,2
	Non	1004	87,8
<p>Avez-vous refusé ou omis de signaler un cas de stigmatisation et de discrimination par crainte d'être jugé par des groupes de défense des droits humains, agences d'application des lois? (Cela inclut la police, l'armée, les principales institutions de défense des droits de l'homme, les assistants juridiques ou les responsables des droits de l'homme)</p> <p>(n=1135)</p>	Oui	361	31,8
	Non	774	68,2
<p>Si vous avez subi une agression physique ou sexuelle au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un médecin ?</p> <p>(n=696)</p>	Oui	185	26,6
	Non	511	73,4
<p>Lorsque vous cherchez de l'aide pour une agression physique ou sexuelle, pensez-vous avoir été traité avec moins de courtoisie que d'autres personnes par la police ou le personnel de santé pour avoir été LGBTQ?</p> <p>(n=693)</p>	Jamais	264	38,1
	Rarement	55	7,9
	Parfois	49	7,1
	Souvent	30	4,3
	N'a pas demandé d'aide	295	42,6



Impact social et psychologique

Selon les résultats de recherches similaires (Ehrlich, 1990 ; Muller et al, 2019), les personnes LBQ agressé.e.s sexuellement ou physiquement sont plus vulnérables face à des problèmes de santé mentale (dépression, symptômes syndrome non? de choc post-traumatique, idées suicidaires, troubles de la personnalité, anxieux et psychotiques), d'automutilation, de faible estime personnelle ainsi que de développement de mécanismes de défense inadéquats (dissociation, somatisation, abnégation de l'agression, etc.). En plus de ces syndromes post-traumatiques, les victimes d'agressions sexuelles développent souvent des sentiments tels que la honte, la culpabilité, la tristesse, pouvant aller jusqu'à des idées suicidaires. Les résultats du Tableau 18 confirment ce constat. Entre 41 et 46% des répondant.e.s pensent être coupable de leur agression à cause de leur orientation sexuelle et/ou identité de genre. L'impact de ces sentiments se constate tant sur le plan affectif que sexuel.

TABLEAU 18: Impacts psychosociaux des violences

		Fréquence	Pourcentage
Pensez-vous que l'un de ces incidents (agression sexuelle ou physique) était basé sur votre orientation sexuelle ? (n=826)	Oui	339	41,0
	Non	487	59,0
Pensez-vous que l'un de ces incidents (agression sexuelle ou physique) était basé sur votre identité de genre ? (788)	Oui	366	46,4
	Non	422	53,6
Pensez-vous que l'un de ces incidents (agression sexuelle ou physique) était motivé par le fait que votre corps n'était pas typiquement féminin ou typiquement masculin ? (n=789)	Oui	325	41,2
	Non	464	58,8
Avez-vous évité des situations ou des personnes qui vous rappellent le ou les incidents ? (n=796)	Oui	395	49,6
	Non	401	50,4
Après le (s) incident (s), vous êtes-vous senti nerveux, irritable ou agité ? (n=786)	Oui	416	52,9
	Non	370	47,1



SITUATION DE SANTÉ MENTALE

Bon nombre d'études, dont certaines citées plus haut, révèlent que les personnes LGBTI sont plus à risque de développer certains problèmes tels que l'anxiété, la dépression, les idées suicidaires et la consommation excessive d'alcool et d'autres substances.

Afin d'apprécier la situation de santé mentale de notre population d'étude, nous avons évalué le niveau de l'estime de soi, de confiance en soi, la consommation d'alcool et de drogues avec des grilles d'évaluation telles que l'AUDIT et le DUDIT. Nous avons également mesuré le niveau de dépression et d'anxiété avec les outils CES-D10 et CAD-7.

Niveau d'estime de soi et de confiance en soi

En lien avec l'orientation sexuelle

Les participant.e.s ont été interrogé.e.s sur les sentiments qu'ils éprouvent envers leur propre personne par rapport à leur orientation sexuelle et identité de genre. Les réponses obtenues démontrent un niveau d'estime de soi plutôt élevé. Ceci est un résultat positif et démontre l'efficacité du formidable travail de renforcement de l'estime de soi que font les organismes LBQ sur place. En effet, seulement 2,1% a estimé ne pas être en confiance avec leur sexualité. La quasi-totalité a déclaré ne pas avoir de honte d'être attiré par les personnes de même sexe. Néanmoins, ils affirment que cette attirance peut constituer une vulnérabilité dans un contexte hétéronormé comme celui de l'Afrique de l'Ouest.

En lien avec l'identité et l'expression de genre

En lien avec l'identité et l'expression de genre, on remarque également un niveau élevé d'estime de soi, dans le sens où les répondant.e.s s'acceptent dans les genres auxquels ils s'identifient. Ceci explique les chiffres du Tableau 11 plus haut. Néanmoins cela est moins évident pour les trans-hommes.

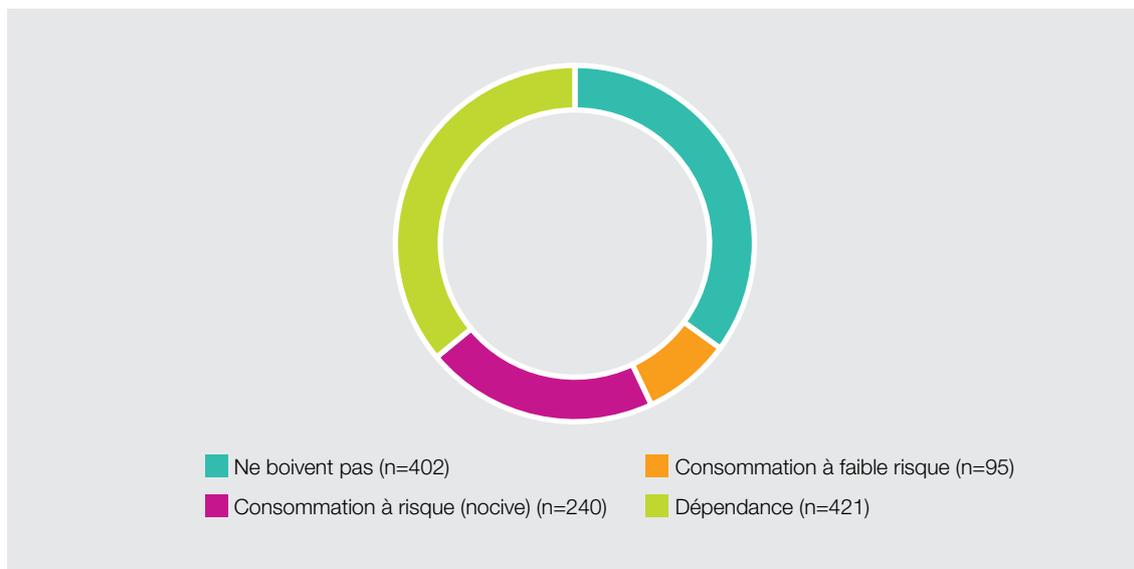


Niveau de consommation d'alcool

L'évaluation de la consommation d'alcool s'est basée sur la grille d'évaluation AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). C'est une grille d'évaluation développée sous l'égide de l'OMS et qui permet d'analyser la consommation de l'alcool sur les 12 derniers mois. En fonction du nombre total de points obtenus à la suite du questionnaire, les répondant.e.s sont classé.e.s dans une des catégories indiquées dans le Graphique 22. Il est important de souligner que ce test a pour but de repérer les personnes présentant des troubles de l'usage de l'alcool et n'est pas basé sur les repères de consommation qui visent eux à présenter un seuil de consommation d'alcool à moindre risque pour la santé.

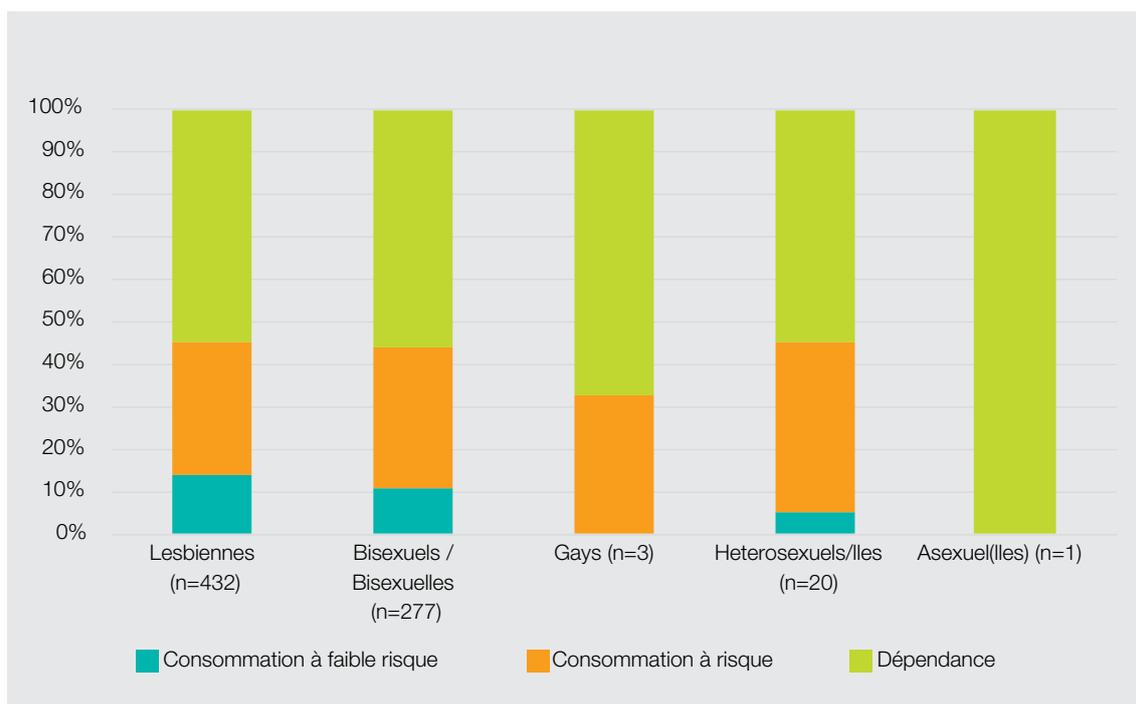
Sur la base de ce questionnaire, 8% des répondant.e.s ont été identifié.e.s comme consommateurs à faible risque, 21% comme des consommateurs à risque et 36% en situation de dépendance à l'alcool.

GRAPHIQUE 22: Niveau global de consommation d'alcool

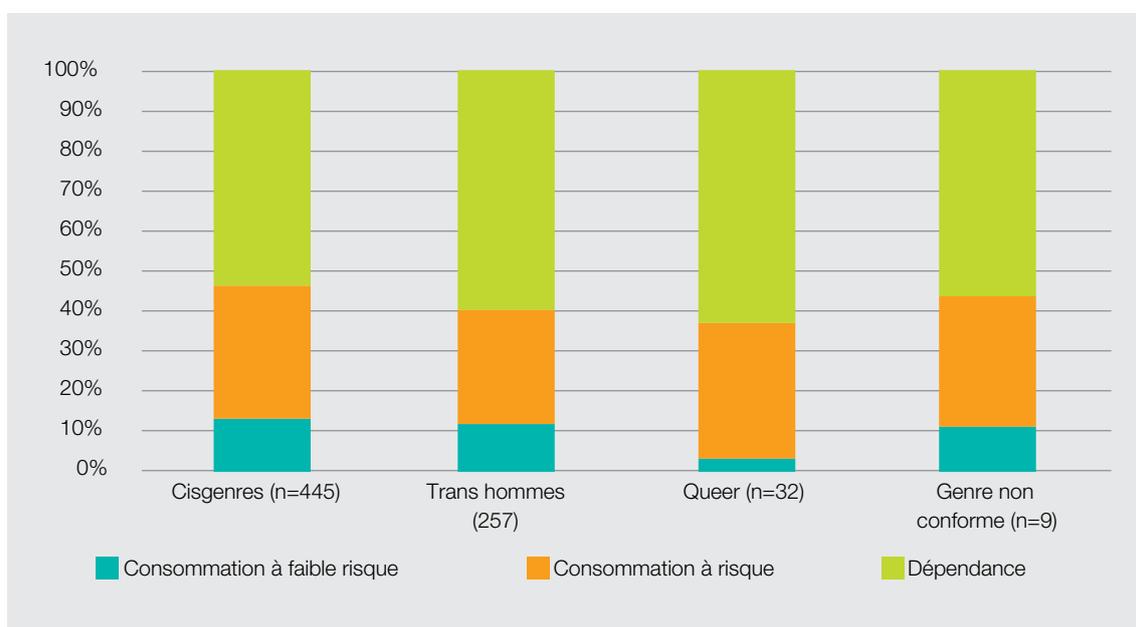


Une fois exclu.e.s les répondant.e.s qui ne boivent pas, une analyse plus poussée du niveau de consommation selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre révèle que la dépendance touche tous les types d'orientations sexuelles considérées à hauteur de 55% au moins (Graphique 23). Les tendances de dépendance sont les mêmes en ce qui concerne les identités de genre considérées (Graphique 24). Schaefer, Evans & Coleman (1987) avançaient que la fréquentation des bars et événements où le recours à l'alcool est encouragé peut procurer un sentiment temporaire de bien-être, d'intimité ou de consolidation de l'identité. Toutefois, ce recours fréquent à la scène festive peut aussi bien servir de passage transitoire que de point de fixation dans le développement de l'identité et de l'intimité.

GRAPHIQUE 23: Niveau de consommation d'alcool selon l'orientation sexuelle



GRAPHIQUE 24: Niveau de consommation d'alcool selon l'identité de genre



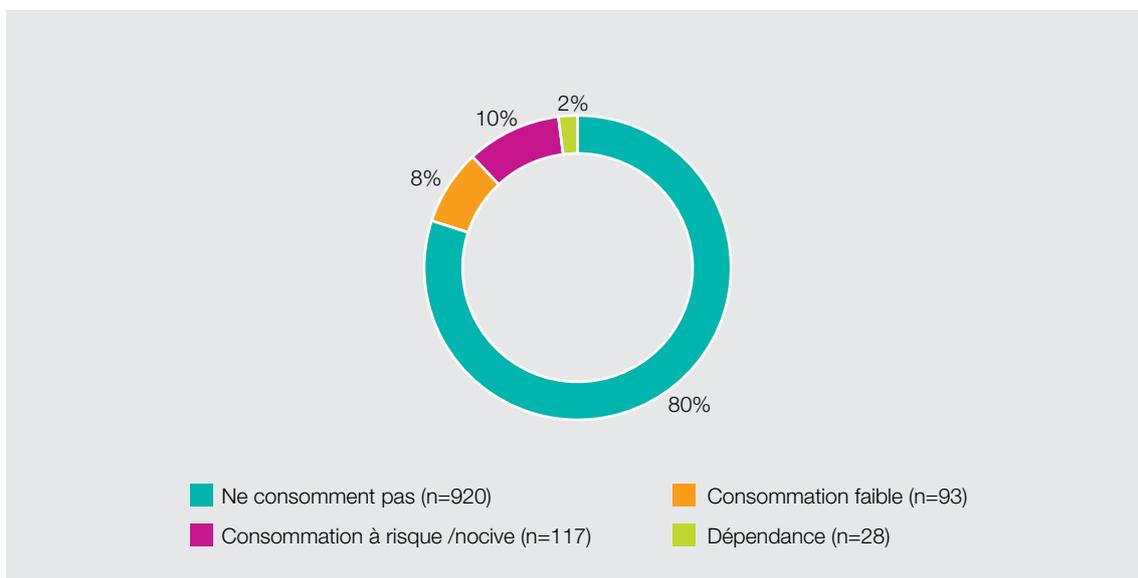


Niveau de consommation de drogues

Afin d'évaluer le niveau de consommation de drogues (Cannabis, Amphétamines, Cocaïne, Opiacés, Hallucinogènes, Inhalants, GHB et autres), nous avons eu recours à l'outil d'évaluation DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test). C'est un outil développé en parallèle avec l'outil AUDIT pour identifier les personnes ayant des problèmes relatifs à leur consommation de drogues.

L'analyse des résultats du test DUDIT pour les participant.e.s est illustrée dans le Graphique 25. La majorité des répondant.e.s sont identifié.e.s comme non consommateur.rice.s tandis que 10% ont une consommation nocive pour leur santé et 2% sont en situation de dépendance.

GRAPHIQUE 25: Niveau global de consommation de drogues

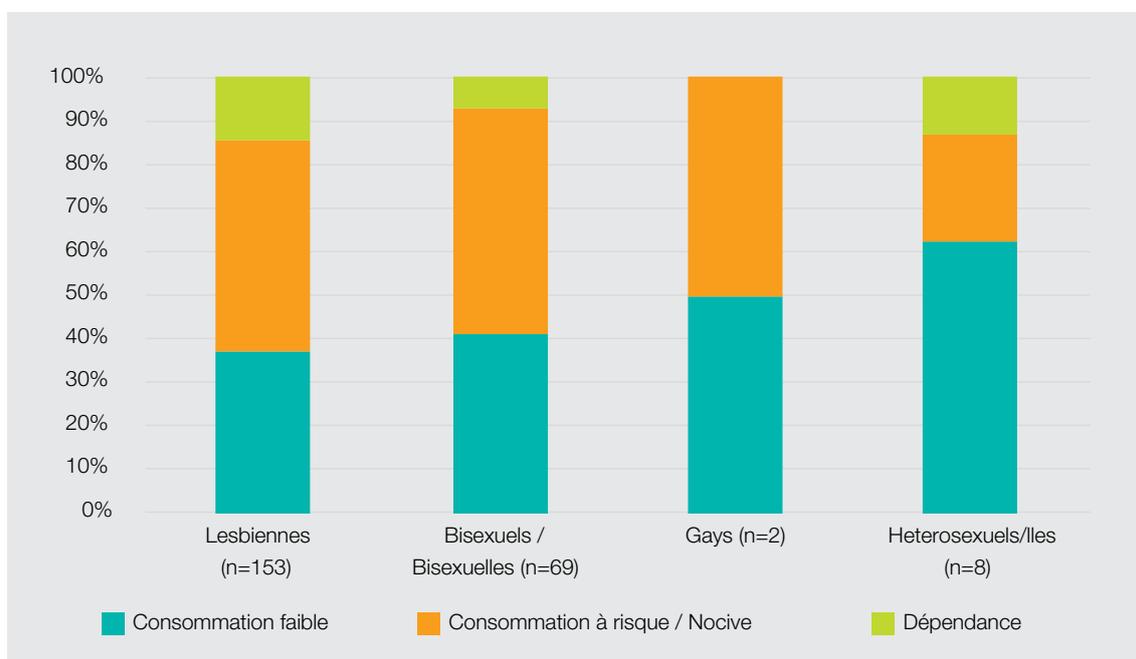


Les Graphiques 26 et 27 ci-dessous présentent uniquement les personnes consommatrices de drogues selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Tout comme dans le cas de l'alcool, les lesbiennes présentent un niveau de consommation de drogue élevé avec la plus large proposition proportion de personnes en situation de dépendance avec 14%. Au niveau du genre, bien que les cisgenres ont aient un niveau de consommation générale plus élevé, les trans-hommes sont ceux qui sont le plus souvent en situation de dépendance. Les trajectoires addictives et les expériences de vie des LBQ s'entrecroisent à différents moments.

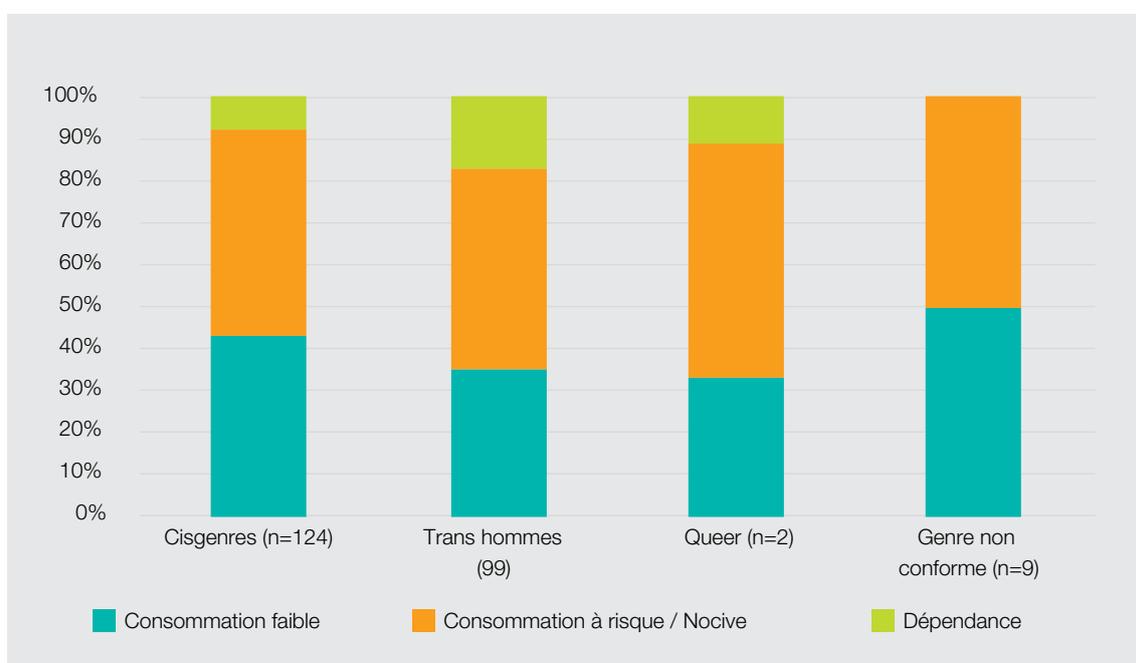
En effet, les difficultés relatives à l'acceptation de l'orientation sexuelle, le rejet et la stigmatisation, la rencontre des pairs, les relations affectives et sexuelles et la socialisation modulent, de façon bidirectionnelle, l'initiation à la consommation de substances ainsi que les variations de celle-ci. Des corrélations sont établies entre l'usage de stupéfiants et les comportements sexuels à risque. Étant donné la forte utilisation des drogues dans nos

communautés, il serait pertinent de réfléchir à une approche de réduction des risques, qui protégerait davantage les consommateur.rice.s de drogues.

GRAPHIQUE 26: Niveau de consommation de drogues selon l'orientation sexuelle



GRAPHIQUE 27: Niveau de consommation de drogues selon l'identité de genre



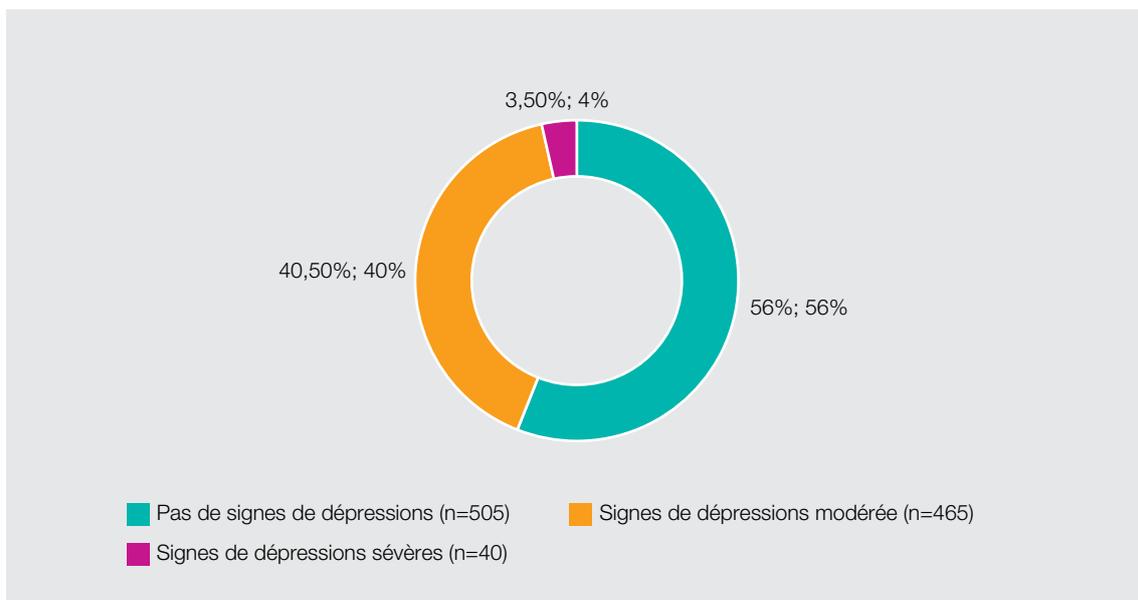


Dépression

Pour apprécier le niveau de dépression de notre échantillon, nous avons utilisé la version abrégée du CES-D 10 (Center for Epidemiological Studies Depression scale – 10 items). Cette version abrégée réduit les questions d'évaluation initialement au nombre de 20 à 10 (Andresen *et al.*, 1994). C'est un outil qui permet d'évaluer la symptomatologie dépressive et d'en évaluer la sévérité. Il explore l'humeur dépressive, les sentiments de culpabilité, le ralentissement psychomoteur, la perte de l'appétit et les troubles de sommeil. Bien que ce soit un outil largement utilisé dans la recherche pour l'évaluation du niveau de dépression, il est important de noter que ce test ne se substitue pas à un diagnostic d'un professionnel de santé sur la question.

La synthèse des résultats du test dans le Graphique 28 montre que même si 56% des répondant.es dans le cadre de cette enquête sont identifié.e.s comme non-dépressif.ve.s, il n'en demeure pas moins que 40% présentent des signes de dépression modérée et que 3,5% des répondant.e.s sont en situation de dépression sévère.

GRAPHIQUE 28: Niveau global de dépression

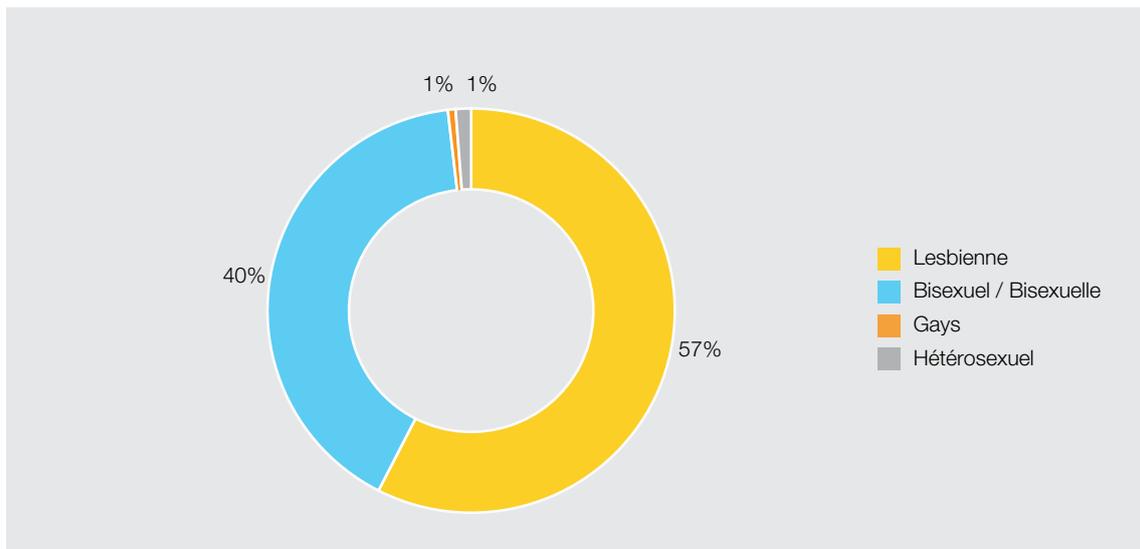


Les deux graphiques ci-dessous (Graphiques 29 et 30) présentent les niveaux de dépression selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Les personnes ne présentant pas de signes de dépression ont été exclues de cette analyse et la désagrégation par niveau de dépression n'a pas été faite. Ainsi les Graphiques 29 et 30 prennent uniquement en compte les personnes ayant des signes de dépression, tous niveaux confondus. L'analyse montre donc que les lesbiennes et les bisexuel.les sont fortement touché.e.s par la dépression. Les personnes cisgenres et trans-hommes arrivent en tête en termes d'identité de genre. Le chi-deux de Pearson montre une corrélation significative entre la dépression et l'identité de

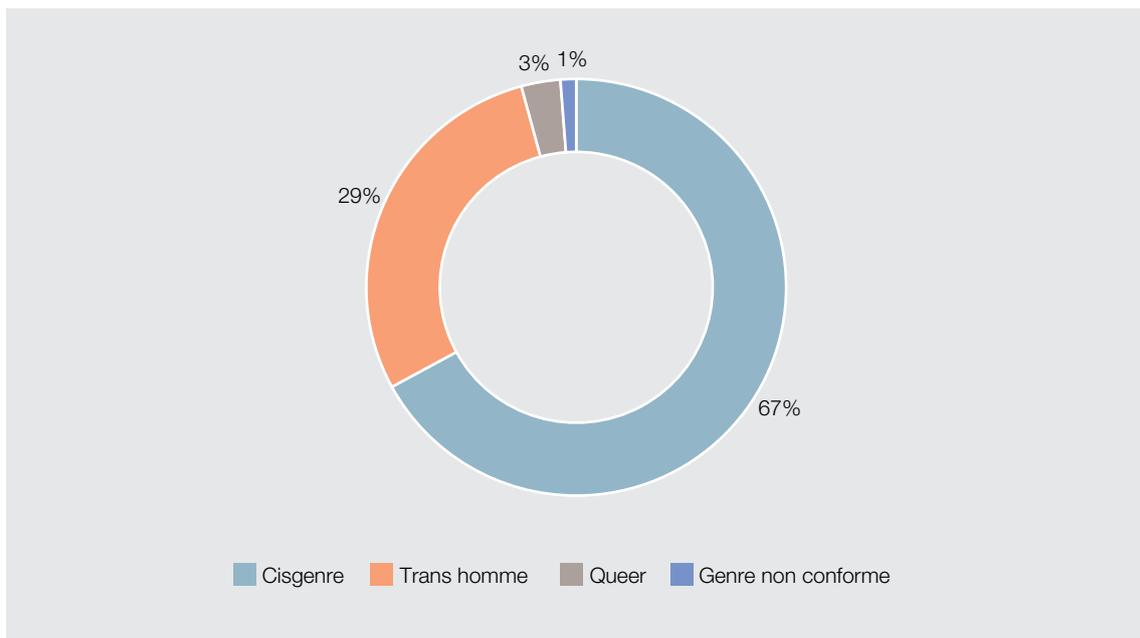
genre avec $P = 0,001 \leq 0,05$. Cependant le rapport est moins significatif entre la dépression et l'orientation sexuelle ($P = 0,062 \geq 0,05$).

Alors que la dépression touche deux fois plus les femmes que les hommes, les femmes LBQ se voient encore plus vulnérables face à ce trouble de santé mentale. Cela s'explique en outre par le fait « que nous vivons dans un monde homophobe et hétérosexiste où nos vies sont souvent dévalorisées [...] », ce qui à moyen ou long terme, a des effets significatifs sur l'humeur (ILGA, 2016).

GRAPHIQUE 29: Niveau de dépression selon l'orientation sexuelle



GRAPHIQUE 30: Niveau de dépression selon l'identité de genre

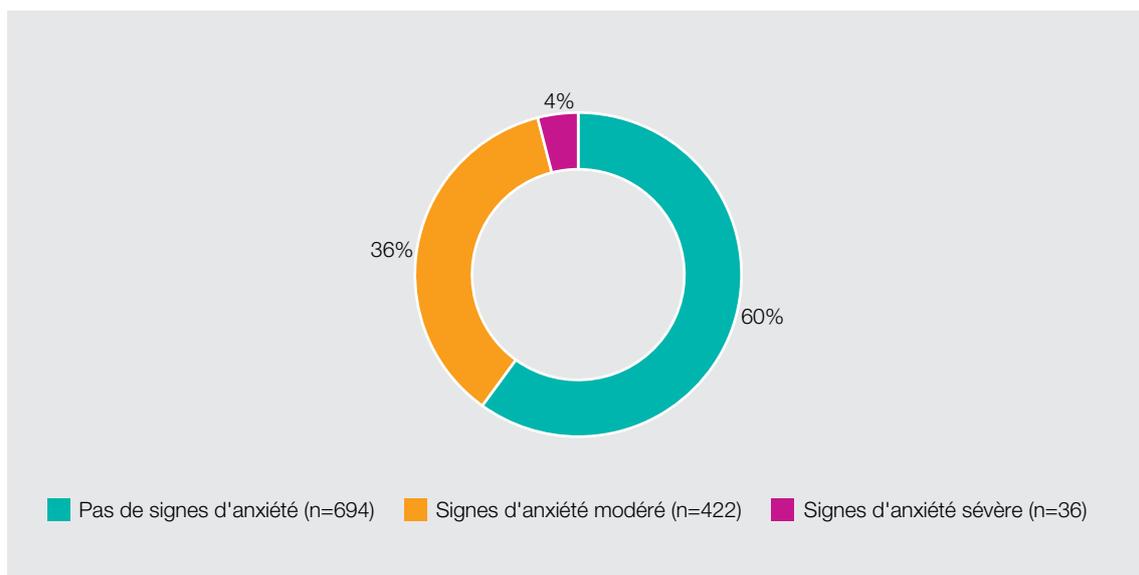




Anxiété

L'anxiété est un état généralisé de peur et d'appréhension (Nevid, Rathus & Greene, 2011). Nous vivons tou.te.s dans notre quotidien de l'anxiété parce que nous devons constamment nous adapter aux événements se présentant dans nos vies. Normalement, l'anxiété disparaît à la suite de ces événements et la vie reprend son cours normal. Or, lorsque l'anxiété ne se résorbe pas, qu'elle survient sans raison apparente et qu'elle nuit à votre fonctionnement quotidien, il est probable qu'un trouble anxieux soit à l'origine de ce malaise. Ainsi, plusieurs études mentionnées dans le présent rapport évoquent l'anxiété comme l'une des composantes de la santé mentale chez les personnes LGBTI. Pour mesurer le niveau d'anxiété des participant.e.s, nous avons eu recours à l'outil GAD-7 (General Anxiety Disorder-7). L'outil a permis de distinguer deux catégories parmi les participant.e.s présentant des signes d'anxiété, à savoir le niveau modéré et le niveau sévère. Le Graphique 31 révèle que 36% des répondant.e.s présentent des signes d'anxiété modérée et 4% souffrent d'anxiété sévère.

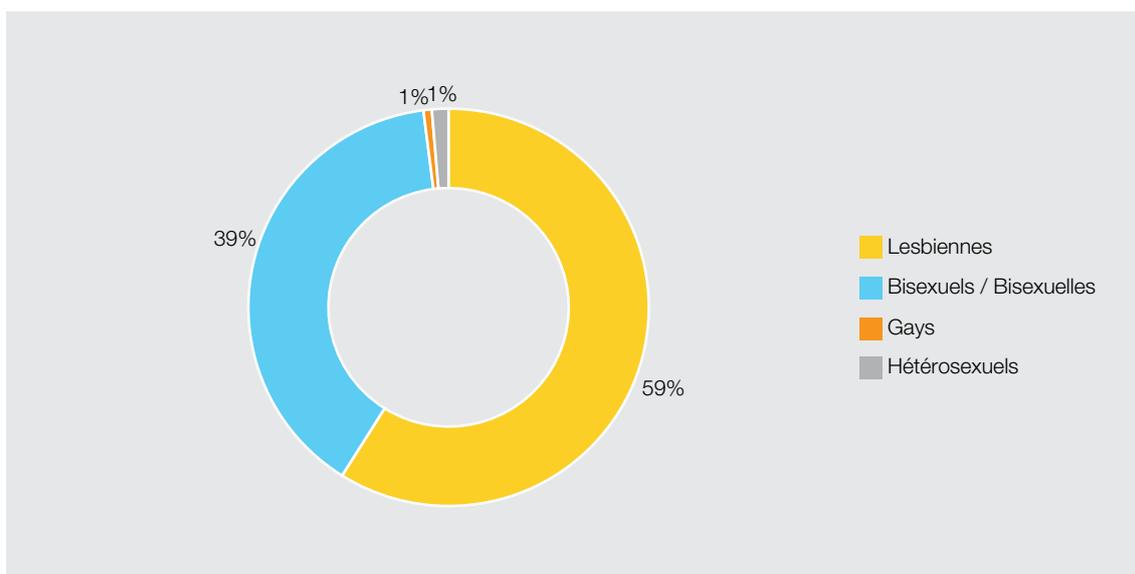
GRAPHIQUE 31: Niveau global d'anxiété



En matière d'orientation sexuelle, les personnes s'identifiant comme lesbiennes et bisexuel.le.s sont celles qui en souffrent le plus (Graphique 32). Un des facteurs explicatifs réside dans le fait que maintes lesbiennes cachent leur orientation sexuelle à leur réseau social et que maintenir un tel secret est une source d'anxiété quotidienne (O'Hanlan & Isler, 2007). Il s'agit donc là d'éléments nécessitant une capacité d'adaptation constante, ce qui, à moyen ou long terme, nous rend plus vulnérables face au développement d'un trouble anxieux.

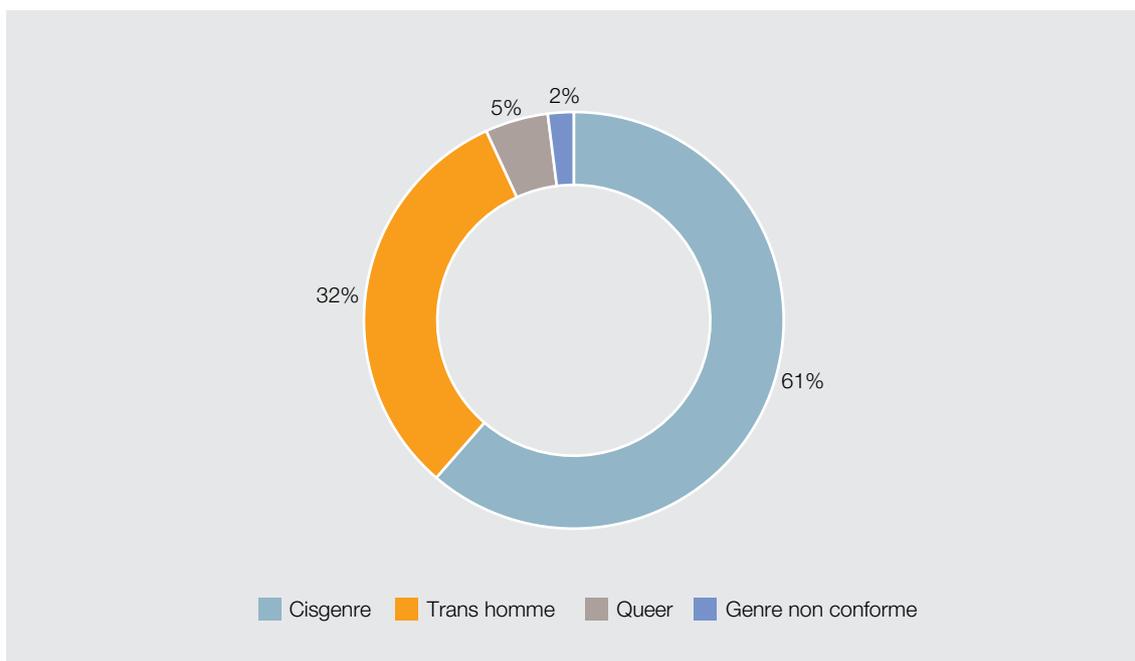
Aussi, les personnes cisgenres et les trans hommes, sont les plus touchés en observant les résultats d'un point de vue lié au genre (Graphique 33). La valeur du Khi deux de Pearson étant de 0,306 ; ces statistiques soulignent l'influence du genre en matière d'anxiété et par extension en matière de santé mentale.

GRAPHIQUE 32: Niveau d'anxiété selon l'orientation sexuelle



Même commentaire que précédemment pour hétérosexuels / hétérosexuelles

GRAPHIQUE 33: Niveau d'anxiété selon l'identité de genre



Suicide

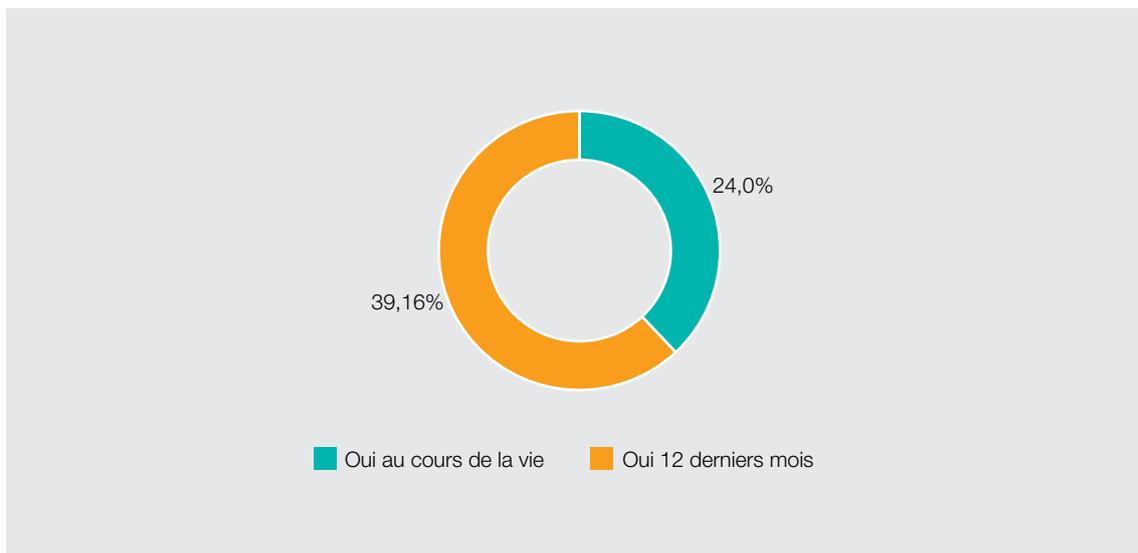
La discrimination (se traduisant souvent par de l'intimidation), la violence physique, le rejet (menant à l'isolement), le manque de soutien de la part des membres de la famille (pouvant aussi engendrer l'isolement, la dépression, l'anxiété et la toxicomanie), sont autant de



facteurs qui concourent au suicide de certain.e.s membres de la communauté LBQ. Nous avons demandé aux participant.e.s si iels ont déjà eu à penser au suicide et s'ils ont essayé de passer à l'acte au cours de leur vie et au cours des 12 derniers mois.

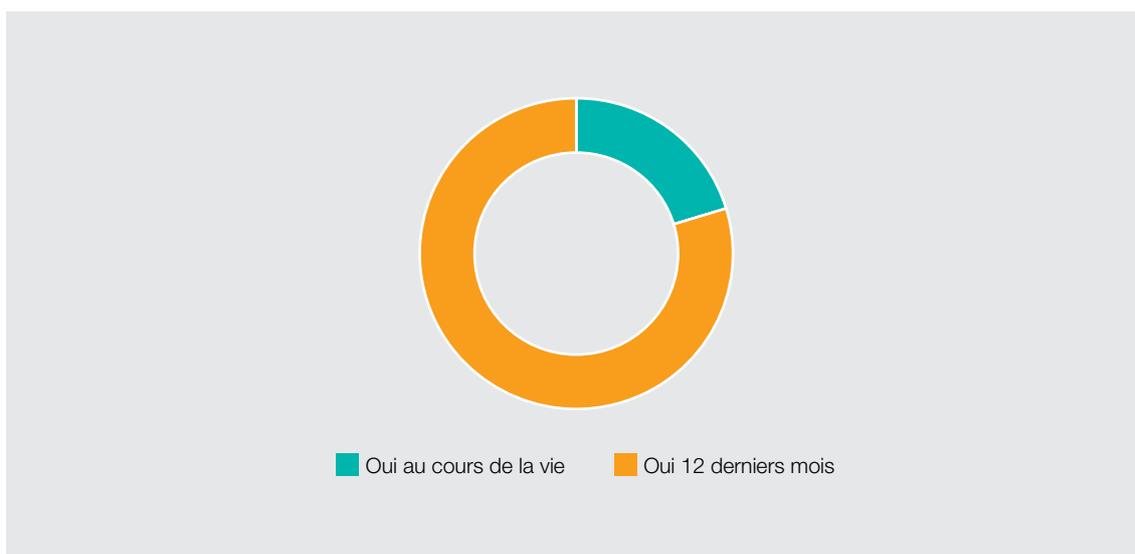
Le constat tel qu'illustré dans le Graphique 34 est alarmant dans le sens où 24% des personnes LBQ y ont pensé au cours de leur vie, ce qui n'est pas une proportion négligeable. Et parmi la proportion des 24% qui y ont pensé au cours de leur vie, 39% y ont pensé récemment, notamment au cours des 12 derniers mois. Ce qui dénote que cette problématique est de plus en plus présente et préoccupante.

GRAPHIQUE 34: Aperçu global des idées de suicide

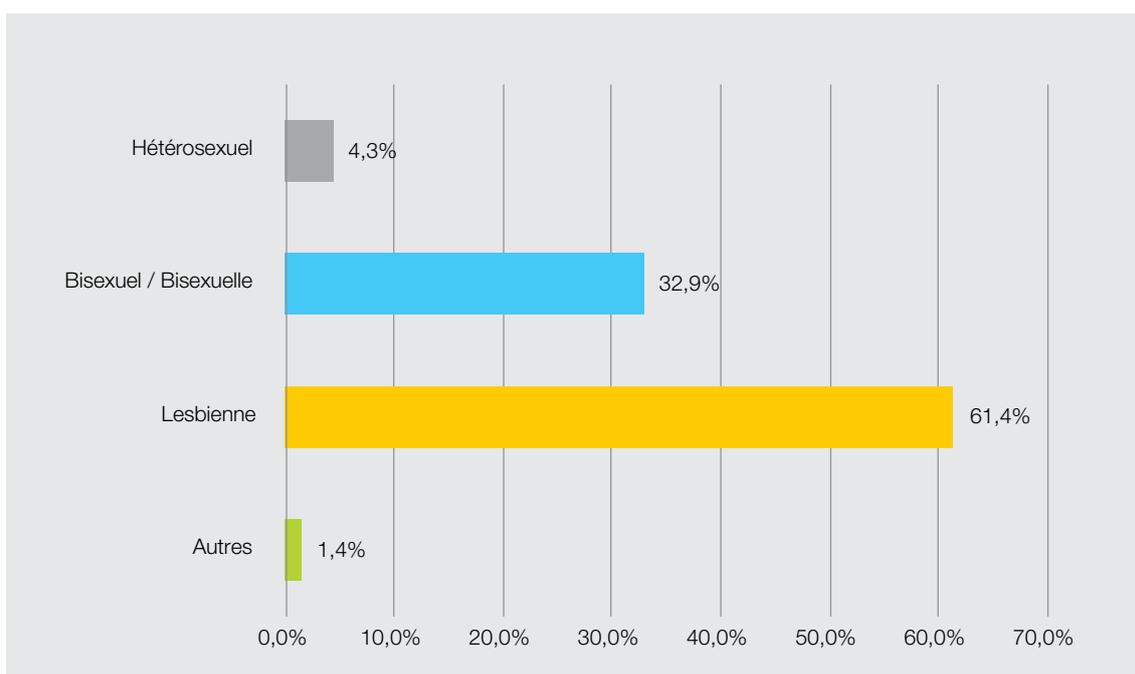


Malheureusement, certain.e.s ne sont pas cantonnés à des idées suicidaires et ont effectivement tenté de mettre fin à leurs jours. En effet, parmi les répondant.e.s ayant déjà pensé au suicide au cours de leur vie, jusqu'à 13,52% ont tenté de passer à l'acte et parmi elles/eux, un peu plus de la moitié a fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. Si 87% ne sont jamais passés à l'acte, les statistiques peuvent rapidement évoluer si les interventions adéquates ne sont pas mises en place.

GRAPHIQUE 35: Niveau global de tentatives de suicide



GRAPHIQUE 36: Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon l'orientation sexuelle



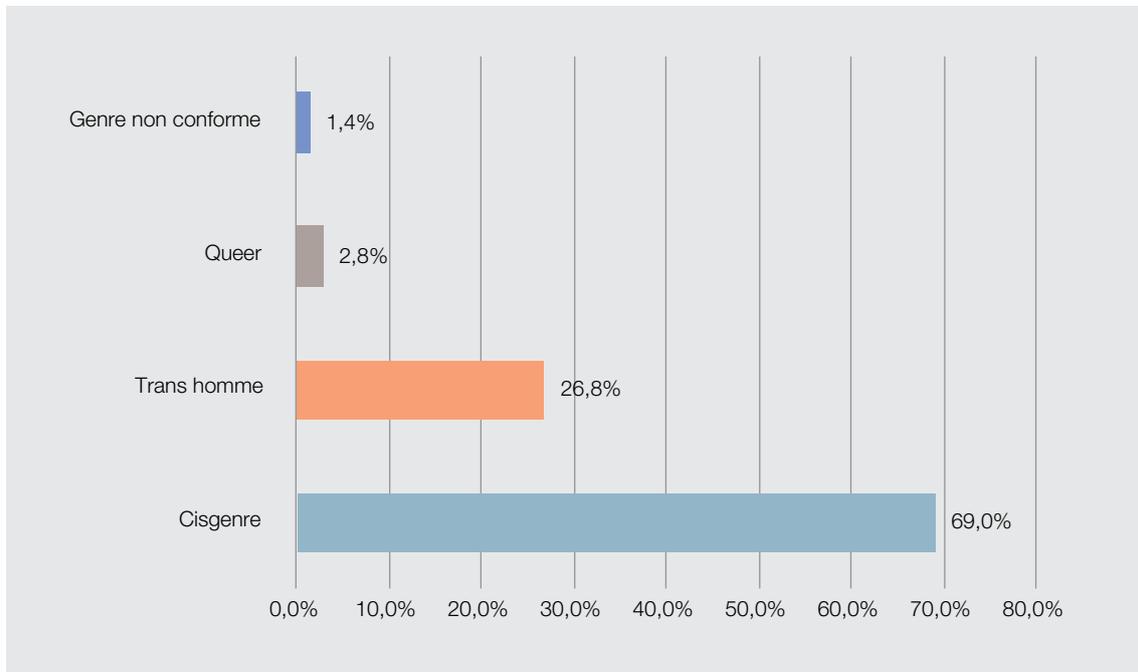
Afin de mieux apprécier les statistiques sur les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois, nous avons croisé les données des personnes ayant fait la tentative avec leurs orientations sexuelles, identités de genre et leur pays de résidence.

Ainsi d'après les Graphiques 36 et 37, 61% des personnes ayant fait une tentative au cours des 12 derniers mois se sont identifiées comme lesbiennes et 69% comme cisgenres. Les données par pays démontrent que le Mali et le Cameroun ont enregistré le plus de cas de



tentatives, respectivement 39% et 29,7% (Graphique 38). Ceci est un indicateur alarmant sur la situation de la santé mentale des femmes LBQ dans ces pays où les violences et les actes homophobes sont présents en plus grande proportion qu'ailleurs.

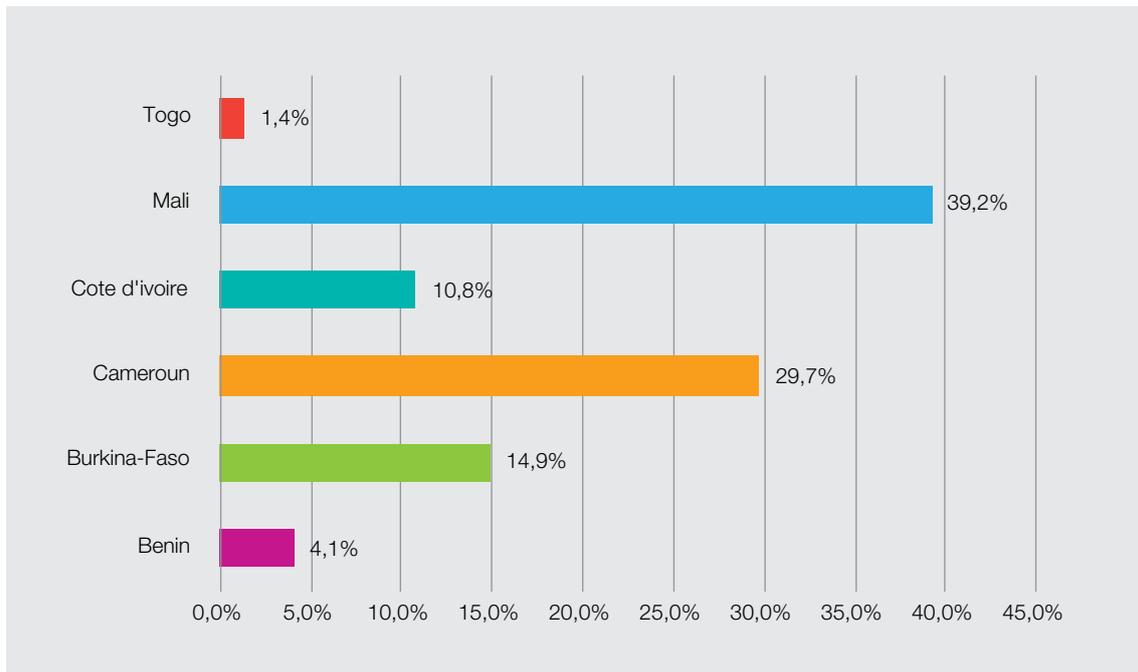
GRAPHIQUE 37: Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon l'identité de genre



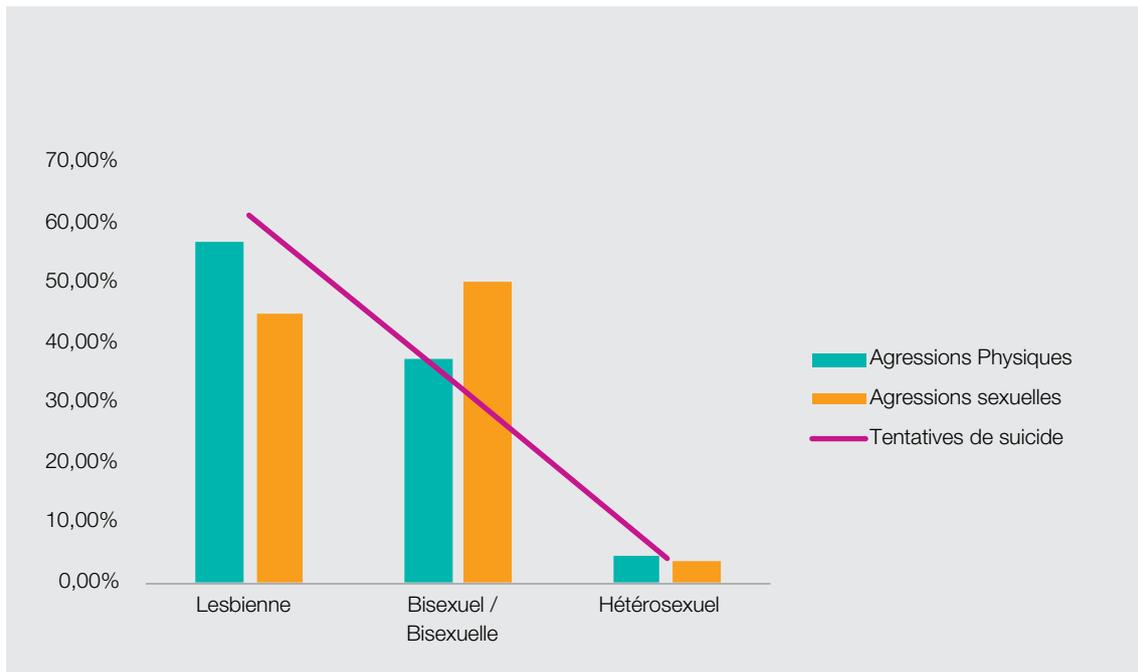
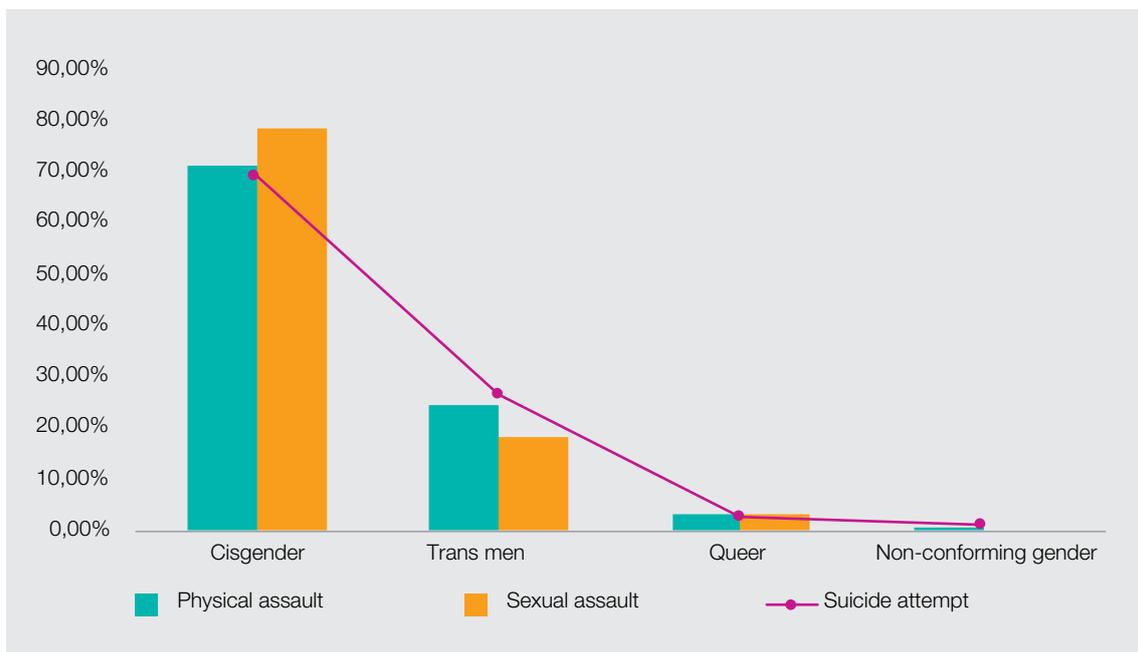
Corrélation entre la violence et la santé mentale

L'analyse croisée entre les données sur la santé mentale et celles sur la violence démontre clairement une corrélation entre les deux situations. Afin d'illustrer cela, nous avons croisé les données des 12 derniers mois sur les tentatives de suicide avec celles sur les agressions physiques et verbales enregistrées au cours des 12 derniers mois également. Cette analyse croisée a été faite selon le pays, l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

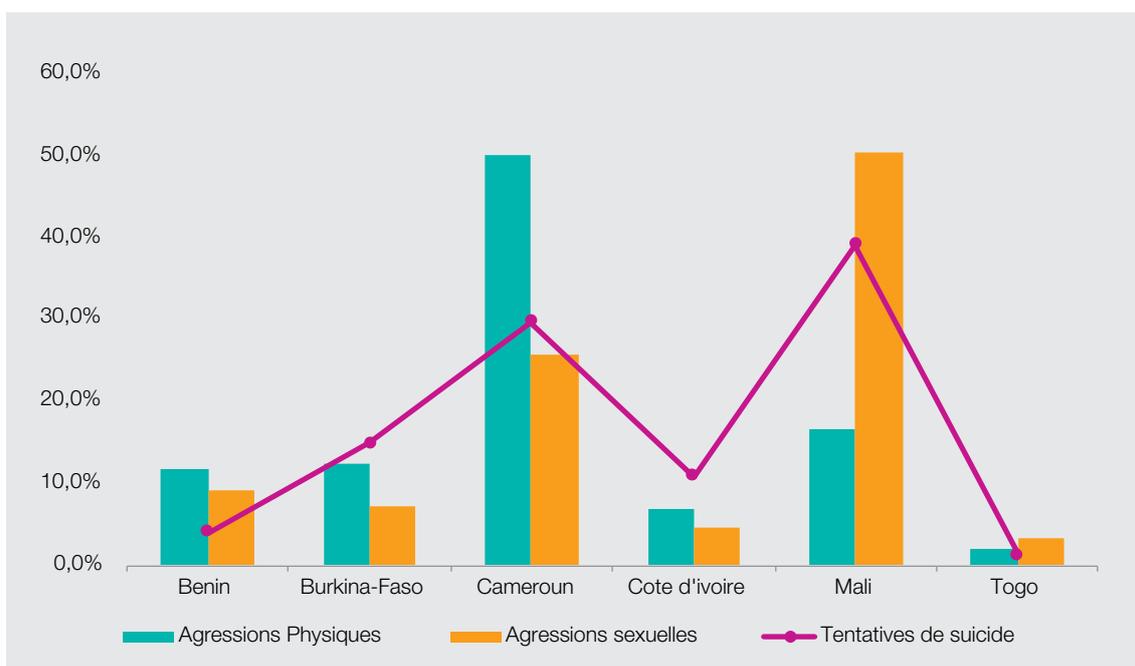
GRAPHIQUE 38: Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon le pays de résidence



Dans les trois situations représentées sur les Graphiques 39 à 41, les tentatives de suicide accroissent proportionnellement aux récurrences des violences physiques et sexuelles. Au niveau de l'orientation sexuelle, les groupes ayant enregistré de forts taux d'agressions physiques et sexuelles, notamment les lesbiennes (45%-60%) et les bisexuel.le.s (37,7%-50%), sont ceux ayant également enregistré les plus importants taux de tentatives de suicide (61% chez les lesbiennes et 33% chez les bisexuel.le.s). Le constat est le même en ce qui concerne les identités sexuelles et les pays.


GRAPHIQUE 39: Corrélation entre les agressions et le suicide selon l'orientation sexuelle

GRAPHIQUE 40 : Corrélation entre les agressions et le suicide selon l'identité de genre


GRAPHIQUE 41: Corrélation entre les agressions et le suicide selon le pays de résidence



CONCLUSION



Cette enquête est la première dans le contexte des personnes LBQ en Afrique de l'Ouest et se distingue des enquêtes publiées précédemment par sa nature quantitative et les thématiques abordées. Elle a permis de fournir des données factuelles sur les questions de santé générale, santé mentale, droits humains, plus globalement de bien-être des communautés LBQ d'Afrique de l'Ouest, incluant le Cameroun.

Les résultats issus de cette recherche - qui confirment ceux d'autres travaux similaires - nous démontrent que les diverses formes de discriminations que subissent les personnes LBQ accentuent leur positionnement social et économique défavorable, limitent leur accès aux services de santé de qualité et adaptés ; alimentent la violation des droits ; le tout débouchant sur une progressive altération de leur intégrité physique et mentale. Les résultats nous permettent non seulement de prendre la mesure de ces questions, mais aussi d'identifier les orientations stratégiques de nos prochaines interventions.

Aucun domaine ne saurait objectivement être jugé plus important que les autres dans le cadre de cette étude. Néanmoins, on convient que la santé mentale est une question très peu abordée et traitée dans nos interventions. Une attention particulière doit y être accordée dans le sens où de nouveaux événements, à l'instar de la COVID-19, d'une part sont instrumentalisés afin d'alimenter les déterminants de l'exclusion des LGBTQ+ dans certains pays en Afrique, y compris en l'Afrique de l'ouest. D'autres parts renforcent les facteurs de vulnérabilité de ces derniers.⁷

C'est pourquoi ce document, au-delà de servir de guide stratégique pour les communautés, servira également d'outil de plaidoyer basé sur les données présentées pour l'adoption de politiques favorables à l'inclusion des personnes LBQ. Les décideur.e.s doivent se questionner sur leurs engagements juridiques nationaux et internationaux, ainsi que de l'impact de ces engagements, en prenant en compte les questions de genre, et les

7 https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/07/24/on-m-a-accuse-d-avoir-apporte-la-pandemie-au-senegal-une-punition-de-dieu-pour-mon-homosexualite_6047219_3212.html
<https://tetu.com/2020/04/09/louganda-profite-du-coronavirus-pour-arreter-des-jeunes-lgbt/>

oppressions multiples à la croisée desquelles se retrouvent les personnes LBQ. Ce rapport nous amène à réfléchir collectivement aux changements pour endiguer l'exclusion et garantir l'accès équitable aux services et ressources publics. Nous pensons que générer des données quantifiées et dresser le portrait de nos vécus en matière de violence, de santé générale et mentale, est une première étape pour en finir avec les « labyrinthes » qui entourent nos identités, nos luttes et nos aspirations.

RECOMMANDATIONS



Pour les États :

- Mettre en place des cadres de concertation inclusifs pour les personnes LBQ afin que leurs besoins soient pris en compte dans la conception des politiques de santé et d'inclusion sociale;
- Adopter des politiques et directives de santé y compris la santé mentale qui prennent en compte les besoins des personnes LBQ;
- Supprimer les lois pénalisant les relations émotionnelles et sexuelles entre les personnes de même sexe, majeur.e.s et consentant.e.s;
- Adopter des législations visant à réduire la stigmatisation et la discrimination basée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre;
- Soutenir les organisations de la société civile dans l'offre de services de qualité et la lutte contre la stigmatisation;
- Mettre en place et/ou rendre inclusif et accessible un programme d'assurance maladie afin de lever les barrières économiques entravant l'accès aux soins.

Pour les partenaires techniques et financiers :

- Encourager et soutenir les interventions et initiatives de plaidoyer visant à promouvoir et améliorer :
 - Les services de santé générale et leur accessibilité pour les LBQ;
 - L'accès aux services et soins d'affirmation de genre pour les trans-hommes;
 - Les services de santé mentale offerts aux LBQ;
 - La prise en charge des addictions;
 - La prévention de la violence surtout conjugale;
 - La prise en charge et l'assistance aux survivantes de violences;
 - La réduction de la stigmatisation basée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre ainsi que l'inclusion effective des LBQ;
- L'insertion socio professionnelle des LBQ et spécialement des jeunes issu.e.s

de ce groupe;

- Renforcer les capacités organisationnelles et techniques des associations afin de mieux les outiller à améliorer leurs services de santé et de bien-être de façon pérenne.

Pour les organismes communautaires :

- Utiliser ce rapport comme outil de plaidoyer pour la mobilisation de ressources et les changements de politiques visant à améliorer la qualité et l'accessibilité des services pour les LBQ;
- Établir et/ou renforcer des alliances avec d'autres organisations de la société civile, et les institutions étatiques;
- Mettre en place et/ou optimiser des programmes de santé pour les LBQ qui prennent en compte :
 - Les besoins de santé énumérés dans le présent rapport;
 - La levée des barrières économiques dans l'accès aux soins;
 - La formation des prestataires de soins sur la prise en compte du genre et des pratiques sexuelles;
 - Les services et soins d'affirmation du genre;
 - Les services et soins de santé mentale.
- Mettre en place et/ou optimiser des programmes de réduction des violences et d'insertion socio-économique pour les LBQ qui prennent en compte :
 - La prévention des violences basées sur le genre et les violences conjugales;
 - La collecte et le rapportage périodique des violences;
 - La prise en charge globale des survivant.e.s de violences;
 - La mise en place d'un mécanisme fonctionnel d'assistance juridique;
 - La lutte contre la stigmatisation basée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre en milieu scolaire et professionnel;
 - L'insertion socio professionnelle;
 - La promotion de l'entrepreneuriat;
 - L'accès au logement.

RÉFÉRENCES

Andresen E., Malmgren J., Carter W., Patrick D., Screening for Depression in Well Older Adults: Evaluation of a Short Form of the CES-D, *American Journal of Preventive Medicine*, Volume 10, Issue 2, 1994, Pages 77-84, ISSN 0749-3797, [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(18\)30622-6](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(18)30622-6)

Armisen, M. et al (2016). Nous existons : Cartographie des organisations LGBTQ en Afrique de l'ouest.

Arnaud Alessandrin. Les lesbiennes -Gays -Bisexuel.le.s -Transgenres (LGBT) face aux soins. *Revue de l'infirmière*, 2020. {hal-02444621v2}

Association internationale des lesbiennes, gays, bisexuels, trans et intersexes (ILGA) : Carroll, A., *Homophobie d'État 2016 — Une enquête mondiale sur le droit à l'orientation sexuelle : criminalisation, protection et reconnaissance* (Genève, ILGA, mai 2016).

Besnier, Nico. 2004. "The Social Production of Abjection: Desire and Silencing among Transgender Tongans." *Social Anthropology*12, no. 3: 301–23.

Boehmer, U. "Twenty Years of Public Health Research: Inclusion of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations", *American Journal of Public Health* 92, no. 7 (July 1, 2002): pp. 1125-1130. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.7.1125>

B. Lhomond, M.-J. Saurel-Cubizolles, Orientation sexuelle et santé mentale : une revue de la littérature, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Volume 57, Issue 6, 2009, Pages 437-450, ISSN 0398-7620, <https://doi.org/10.1016/j.respe.2009.07.068>.

Demange E., Henry E., Bekelynck A., Préau M. ; 2012. Petite(s) histoire(s) de la recherche communautaire. Dans Demange E., Henry E., Préau M. De la recherche en collaboration à la recherche communautaire. Un guide méthodologique. Paris. ANRS/Coalition Plus. Coll. Sciences sociales et sida.

OMS. 2012. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86256/WHO_RHR_12.43_fre.pdf?sequence=1

EHRlich, H. J. (1990). The Ecology of Anti-Gay Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(3), 359–365. <https://doi.org/10.1177/088626090005003009>

Eklu-kuvahey & Armisen, 2015 « Au-delà des suppositions ». Burkina-Faso: QAYN

Feldman J, Bockting W. Transgender health. *Minn Med*. 2003 Jul;86(7) 25-32. PMID: 12921373.

Hall J., (1998) Lesbians Surviving Childhood Sexual Abuse, *Journal of Lesbian Studies*, 2:1, 7-28, DOI: 10.1300/J155v02n01_02

Hatzenbuehler, M. L. et al. (2014) 'Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations', *Social Science and Medicine*, 103, pp. 33–41. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.005

Institut de statistique de l'UNESCO, 2018. Katja Frostell, (Montréal, Canada)

Institute of Medicine. (2011). The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding. Washington, DC: National Academies Press

King, M., Semlyen, J., Tai, S.S. *et al.* A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 8, 70 (2008). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>

Kugbe, Y. & Akpokli, S. (2017). *Analyse contextuelle du mouvement LGBTI en Afrique de l'Ouest francophone*. Amsterdam: COC Netherlands.

Lhomond, Brigitte & Saurel-Cubizolles, Marie-Joséphine. (2009). Sexual orientation and mental health: A review. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 57. 437-50. 10.1016/j.respe.2009.10.001.

Logie, C. (2012) 'The case for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health to address sexual orientation.', *American journal of public health*, 102(7), pp. 1243–6. doi: 10.2105/AJPH.2011.300599.

Mason, G. (1993). Violence against lesbians and gay men. Trends and issues. *Violence prevention today*, 2, pp. 3-4. Australia: Australian institute of criminology.

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), pp. 674–697

Müller, A., Daskilewicz, K. and the Southern and East African Research Collective on Health (2019). 'Are we doing alright? Realities of violence, mental health, and access to healthcare related to sexual orientation and gender identity and expression in East and Southern Africa: Research report based on a community-led study in nine countries'. Amsterdam: COC Netherlands.

Nevid, J. S., Greene, B., Rathus, S. A., Huberdeau, M. É., Chevrier, M., Blanchette, L., & Cormier, N. (2011). *Psychopathologie: une approche intégrée*. ERPI.

O'Hanlan, K. A., & Isler, C. M. (2007). Health care of lesbians and bisexual women. In *The health of sexual minorities* (pp. 506-522). Springer, Boston, MA.

OHCHR; 2020. Covid-19 and the Human rights of LGBT people. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/LGBT/LGBTpeople.pdf>

Okanlawon, Oguaghamba, Kouassiaman & Armisen ; 2012. « Seules contre tous » : QAYN

Robert W. S. Coulter, Karey S. Kenst, Deborah J. Bowen, Scout, "Research Funded by the National Institutes of Health on the Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations", *American Journal of Public Health* 104, no. 2 (February 1, 2014): pp. e105-e112. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301501>

Coulter and Al. *Am J Public Health*. 2014 July; 104(7): e7–e8, PMID: 24832436

Schaefer S., Sue Evans & Coleman (1987) Sexual Orientation Concerns Among Chemically Dependent Individuals, *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 1:1, 121-140, DOI: 10.1300/J034v01n01_08

Schulthess, B. V. 1992. "Violence in the streets: anti-lesbian assault and harassment in San Francisco". In *Hate crimes: Confronting violence against lesbians and gay men*, Edited by: Herek, G. M. and Berrill, K. T. 65–75. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

Zeilinger Irène, 2004, « Entre visibilité et invisibilité : les lesbiennes face à la violence dans l'espace public », in Sylvette Denèfle (dir.), *Femmes et villes*, Tours, Presses de l'université François Rabelais : 195-205.

ANNEXE : QUESTIONNAIRE

**ÉVALUATION DES BESOINS
COMMUNAUTAIRES DES FEMMES LBQ DANS
SIX PAYS D'AFRIQUE DE L'OUEST / CENTRALE
FRANCOPHONE : BENIN, BURKINA FASO,
CAMEROUN, COTE D'IVOIRE, MALI, TOGO**

QUESTIONNAIRE QUANTITATIVE

Section 1 : Profil sociodémographique, orientations sexuelles et identités de genre

Section 1a : Profil sociodémographique

Nous allons commencer par collecter des informations sur vous, votre profil social et économique.

01	Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? Choix unique	<input type="radio"/> 18 à 24 ans <input type="radio"/> 25 à 29 ans <input type="radio"/> 30 à 34 ans <input type="radio"/> 35 à 49 ans <input type="radio"/> 50 ans et plus
02	Dans quel pays vivez-vous actuellement ? Choix unique	<input type="radio"/> Benin <input type="radio"/> Burkina Faso <input type="radio"/> Cameroun <input type="radio"/> Cote d'Ivoire <input type="radio"/> Mali <input type="radio"/> Togo
03	Dans quel type de logement vivez-vous actuellement ? Choix unique	<input type="radio"/> Maison individuelle <input type="radio"/> Logement dans un immeuble ou une maison partagée <input type="radio"/> Hôtel / Auberge <input type="radio"/> Construction provisoire ou de fortune <input type="radio"/> Dans la rue ou sans domicile fixe <input type="radio"/> Autre (préciser) _____
04	Possédez-vous votre propre logement ? Choix unique	<input type="radio"/> Oui je suis propriétaire <input type="radio"/> Non je suis en location <input type="radio"/> Non, je suis hébergé.e par un tiers <input type="radio"/> Non applicable (vivant dans la rue) <input type="radio"/> Autres (préciser) _____
05	Dans quel type de région vivez-vous ? Choix unique	<input type="radio"/> Urbaine <input type="radio"/> Semi-urbaine / péri urbaine <input type="radio"/> Rurale



06	<p>Avez-vous en moyenne assez d'argent pour couvrir vos besoins de base ?</p> <p>Choix unique</p>	<p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>
07	<p>Avez-vous un emploi pour lequel vous êtes payé ?</p> <p>Choix unique</p>	<p><input type="radio"/> Oui, j'ai un emploi formel (j'ai un contrat de travail)</p> <p><input type="radio"/> Oui, j'ai un emploi informel (je suis rémunéré pour un travail mais je n'ai pas de contrat de travail)</p> <p><input type="radio"/> Non, je n'ai pas de travail pour lequel je suis payé</p> <p><input type="radio"/> Autre (à préciser)</p>
08	<p>Quelle religion (si applicable) correspond le mieux à vos croyances ?</p> <p>Choix unique</p>	<p><input type="radio"/> Religion traditionnelle africaine</p> <p><input type="radio"/> Musulmane</p> <p><input type="radio"/> Christianisme</p> <p><input type="radio"/> Je ne pratique pas de religion</p> <p><input type="radio"/> Autre (préciser)</p> <p>_____</p>
09	<p>Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez atteint ?</p> <p>Choix unique</p>	<p><input type="radio"/> Aucun niveau académique</p> <p><input type="radio"/> Niveau primaire</p> <p><input type="radio"/> Niveau secondaire</p> <p><input type="radio"/> Niveau universitaire</p> <p><input type="radio"/> Autre (préciser)</p> <p>_____</p>

Section 1b : Orientations sexuelles et identités de genre

Maintenant, allons-nous intéressé à votre sexualité telle-que vous la ressentez et la pratiquez. Puis à la manière dont vous définissez et exprimez votre genre

10	<p>Vers qui êtes-vous émotionnellement attiré ?</p> <p>Choix multiple</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Vers les femmes (Cisgenre) <input type="radio"/> Vers les hommes (Cisgenre) <input type="radio"/> Vers les Trans hommes <input type="radio"/> Vers les Trans femmes <input type="radio"/> Vers les personnes de genre non conformes* <i>*implique la non-conformité aux normes de genres d'une culture donnée (expression de genre, rôles de genre, genre lui-même)</i> <input type="radio"/> Je ne ressens pas d'attirance émotionnelle <input type="radio"/> Autre (préciser) _____
11	<p>Avec qui avez-vous des relations sexuelles ?</p> <p>Choix multiple</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Avec les femmes (Cisgenre) <input type="radio"/> Avec les hommes (Cisgenre) <input type="radio"/> Avec les Trans hommes <input type="radio"/> Avec les Trans femmes <input type="radio"/> Avec les personnes de genre non conformes <input type="radio"/> Je n'ai pas de relations sexuelles <input type="radio"/> Autre (préciser) _____
12	<p>Au cours des 12 derniers mois, avec qui avez-vous eu des relations sexuelles ?</p> <p>Choix multiple</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Avec des femmes (Cisgenre) <input type="radio"/> Avec des hommes (Cisgenre) <input type="radio"/> Avec les trans hommes <input type="radio"/> Avec les Trans femmes <input type="radio"/> Avec des personnes de genre non conforme <input type="radio"/> Je n'ai pas eu de relations sexuelles au cours des 12 derniers mois <input type="radio"/> Autre (préciser) _____



13	<p>Comment définissez-vous votre orientation sexuelle ?</p> <p>Choix multiple</p>	<p><input type="radio"/> Lesbienne</p> <p><input type="radio"/> Bisexuel / Bisexuelle</p> <p><input type="radio"/> Gays</p> <p><input type="radio"/> Hétérosexuel</p> <p><input type="radio"/> Asexuel(les)</p> <p><input type="radio"/> L'asexualité est définie comme un désintérêt pour le sexe ou comme une absence d'attirance sexuelle</p> <p><input type="radio"/> Autre (préciser)</p> <p><input type="radio"/> _____</p>
13	<p>Comment définissez-vous votre identité de genre ?</p> <p>Choix unique</p>	<p><input type="radio"/> Femme (Cisgenre)</p> <p><input type="radio"/> Homme (Cisgenre)</p> <p><input type="radio"/> Trans Homme</p> <p><input type="radio"/> Queer</p> <p><input type="radio"/> Genre non conforme</p> <p><input type="radio"/> Autre (préciser)</p> <p><input type="radio"/> _____</p>
15	<p>Quel sexe vous a été assigné à la naissance ?</p> <p>Choix unique</p>	<p><input type="radio"/> Féminin</p> <p><input type="radio"/> Masculin</p> <p><input type="radio"/> Intersexué <i>(personnes nées avec des organes sexuels / organes génitaux qui ne paraissent pas typiquement féminins ou masculins)</i></p>

Section 2 : Santé générale

Section 2a : Besoins et utilisation des services de santé

Les questions suivantes porteront sur vos besoins et votre utilisation des services de santé dans les organisations communautaires / non gouvernementales, publics, privées, ainsi que chez des guérisseurs indépendants ou traditionnels.

16	<p>Au cours des 12 derniers mois, à quels types de services de santé avez-vous eu accès auprès d'une organisation communautaires / non gouvernementales ?</p> <p>Choix multiple</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Bilans de santé réguliers quand je me sens en bonne santé<input type="radio"/> Bilans de santé quand je me sens malade<input type="radio"/> Soins d'urgence<input type="radio"/> Soins après une agression sexuelle<input type="radio"/> Soins après une agression physique<input type="radio"/> Test de dépistage du VIH ET HÉPATITES<input type="radio"/> Soins et traitement du VIH ET HÉPATITES<input type="radio"/> Dépistage, prise en charge ou traitement d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) (pas du VIH ET HÉPATITES)<input type="radio"/> Counseling ou soutien psychosocial<input type="radio"/> Soins pour problèmes de santé mentale<input type="radio"/> Services de protection (préservatifs, digues dentaires ou préservatifs pour les doigts)<input type="radio"/> Méthodes de Contraception<input type="radio"/> Consultations gynécologiques<input type="radio"/> Cancer du sein<input type="radio"/> Cancer du col de l'utérus<input type="radio"/> Traitement d'affirmation de genre (<i>hormonothérapie, ou chirurgie pour affirmer le genre auquel on s'identifie sans avoir recours à une opération chirurgicale pour changer de sexe</i>)<input type="radio"/> Autre (préciser<input type="radio"/> _____<input type="radio"/> Aucun
----	--	--



17	<p>Au cours des 12 derniers mois, à quels types de services de santé avez-vous eu accès auprès d'un centre de santé public (Hôpital, Clinique)</p> <p>Choix multiple</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Bilans de santé réguliers quand je me sens en bonne santé<input type="radio"/> Bilans de santé quand je me sens malade<input type="radio"/> Soins d'urgence<input type="radio"/> Soins après une agression sexuelle<input type="radio"/> Soins après une agression physique<input type="radio"/> Test de dépistage du VIH ET HÉPATITES<input type="radio"/> Soins et traitement du VIH ET HÉPATITES<input type="radio"/> Dépistage, prise en charge ou traitement d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) (pas du VIH ET HÉPATITES)<input type="radio"/> Counseling ou soutien psychosocial<input type="radio"/> Soins pour problèmes de santé mentale<input type="radio"/> Services de protection (préservatifs, digues dentaires ou préservatifs pour les doigts)<input type="radio"/> Méthodes de Contraception<input type="radio"/> Consultations gynécologiques<input type="radio"/> Cancer du sein<input type="radio"/> Cancer du col de l'utérus<input type="radio"/> Traitement d'affirmation de genre<input type="radio"/> Autre (préciser <hr style="width: 100%; border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/><input type="radio"/> Aucun
----	---	---

18	<p>Au cours des 12 derniers mois, A quels types de services de santé avez-vous eu accès auprès d'un centre de santé privé (Hôpital, Clinique)</p> <p>Choix multiple</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Bilans de santé réguliers quand je me sens en bonne santé <input type="radio"/> Bilans de santé quand je me sens malade <input type="radio"/> Soins d'urgence <input type="radio"/> Soins après une agression sexuelle <input type="radio"/> Soins après une agression physique <input type="radio"/> Test de dépistage du VIH ET HÉPATITES <input type="radio"/> Soins et traitement du VIH ET HÉPATITES <input type="radio"/> Dépistage, prise en charge ou traitement d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) (pas du VIH ET HÉPATITES) <input type="radio"/> Counseling ou soutien psychosocial <input type="radio"/> Soins pour problèmes de santé mentale <input type="radio"/> Services de protection (préservatifs, digues dentaires ou préservatifs pour les doigts) <input type="radio"/> Méthodes de Contraception <input type="radio"/> Consultations gynécologiques <input type="radio"/> Cancer du sein <input type="radio"/> Cancer du col de l'utérus <input type="radio"/> Traitement d'affirmation de genre <input type="radio"/> Autre (préciser _____) <input type="radio"/> Aucun
----	--	---



19	<p>Au cours des 12 derniers mois, à quels types de services de santé avez-vous eu accès auprès d'un tradithérapeute ou guérisseur</p> <p>Choix multiple</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Bilans de santé réguliers quand je me sens en bonne santé<input type="radio"/> Bilans de santé quand je me sens malade<input type="radio"/> Soins d'urgence<input type="radio"/> Soins après une agression sexuelle<input type="radio"/> Soins après une agression physique<input type="radio"/> Test de dépistage du VIH ET HÉPATITES<input type="radio"/> Soins et traitement du VIH ET HÉPATITES<input type="radio"/> Dépistage, prise en charge ou traitement d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) (pas du VIH ET HÉPATITES)<input type="radio"/> Counseling ou soutien psychosocial<input type="radio"/> Soins pour problèmes de santé mentale<input type="radio"/> Services de protection (préservatifs, digues dentaires ou préservatifs pour les doigts)<input type="radio"/> Méthodes de Contraception<input type="radio"/> Consultations gynécologiques<input type="radio"/> Cancer du sein<input type="radio"/> Cancer du col de l'utérus<input type="radio"/> Traitement d'affirmation de genre<input type="radio"/> Autre (préciser _____)<input type="radio"/> Aucun
----	--	--

Section 2b : Expériences avec le personnel de santé

Maintenant, nous allons explorer vos rapports avec le personnel de santé en lien avec la qualité des services et votre orientation sexuelle / identité de genre.

20	Avez-vous déjà caché ou essayé de cacher votre orientation sexuelle ou identité/expression de genre à un prestataire de santé par crainte de discrimination ?	Oui	Non		
21	Un prestataire de soins a-t-il déjà révélé votre orientation sexuelle ou identité/expression de genre à d'autres personnes sans votre permission ?	Oui	Non		
22	À quelle fréquence avez-vous été traité de façon irrespectueuse par le personnel de santé à cause de votre orientation sexuelle et identité de genre <i>(Ceci inclut les médecins, infirmières, conseillers, autres personnes travaillant dans des établissements communautaires, publics, privés ou traditionnels)</i>	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
23	À quelle fréquence pensez-vous avoir reçu un service de qualité inférieure par rapport aux autres à cause de votre orientation sexuelle et identité de genre ?	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
24	À quelle fréquence avez-vous été insulté ou désigné avec un terme péjoratif par le personnel de santé à cause de votre orientation sexuelle et identité de genre <i>(Ceci inclut les médecins, infirmières, conseillers, autres personnes travaillant dans des établissements communautaires, publics, privés ou traditionnels)</i>	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
25	À quelle fréquence pensez-vous que le personnel de santé vous a refusé un service à cause de votre orientation sexuelle et identité de genre <i>(Ceci inclut les médecins, infirmières, conseillers, autres personnes travaillant dans des établissements communautaires, publics, privés ou traditionnels)</i>	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
26	À quelle fréquence fois le personnel de santé a-t-il menacé d'appeler la police ou les agents de la force publique à cause de votre orientation sexuelle et identité de genre <i>(Ceci inclut les médecins, infirmières, conseillers, autres personnes travaillant dans des établissements communautaires, publics, privés ou traditionnels)</i>	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent



Section 2c : Obstacles à l'accès aux services de santé

Nous allons continuer à explorer votre situation de santé générale en explorant les facteurs qui font obstacles à votre accès aux soins.

27	Bénéficiez-vous d'une aide médicale ou une assurance maladie ?	Oui	Non
28	Lorsque vous aviez besoin de services de santé (étant malade, blessé ou bien portant), n'avez-vous déjà pas pu d'accéder aux services de santé à cause du manque de respect ou de la discrimination basée sur votre orientation sexuelle ou identité/expression de genre venant du personnel de soins ?	Oui	Non
29	Lorsque vous aviez besoin de services de santé (étant malade, blessé ou bien portant), n'avez-vous déjà pas pu d'accéder aux services de santé parce que vous n'aviez pas les moyens financiers ?	Oui	Non

Si vous avez répondu oui à la question 28 et/ou 29, veuillez répondre aux questions suivantes :

30	Si vous n'avez pas pu accéder aux soins de santé en raison du manque de moyens financiers et/ou de la discrimination, avez-vous eu recours à une automédication ?	Oui	Non
31	Si vous avez eu recours à une automédication, avez-vous eu des complications de votre état de santé dû à l'automédication ?	Oui	Non

Section 3 : Situation de violence

Nous allons maintenant discuter de vos expériences de violations de vos droits et de violences. Notamment, les types et les auteurs de violences que vous avez connu au cours de votre vie et au cours des 12 derniers mois. Vous allez également nous parler de votre comportement en situation de violence et des soutiens que vous avez reçu.

Section 3a : Expérience de violence et d'atteinte aux droits

Les questions suivantes portent sur vos expériences avec la violence.

32	Quelqu'un a-t-il déjà menacé de révéler votre orientation sexuelle et de votre identité de genre à d'autres sans votre permission ?	Oui	Non
33	Quelqu'un aurait déjà révélé votre orientation sexuelle et de votre identité de genre à d'autres personnes sans votre permission ?	Oui	Non
34	Un partenaire intime (passé ou actuel) a-t-il déjà menacé de révéler que vous êtes LBQT à d'autres personnes sans votre permission ?	Oui	Non
35	Avez-vous déjà été forcé ou contraint au mariage ?	Oui	Non
36	Avez-vous déjà été victime de harcèlement à l'école en raison de votre orientation sexuelle ou de votre identité de genre réelles ou perçue ?	Oui	Non

37	Avez-vous déjà été renvoyé (e) ou expulsé (e) de l'école en raison de votre orientation sexuelle ou de votre identité de genre réelle ou perçue ?		Oui	Non
38	Avez-vous déjà été harcelé au travail en raison de votre orientation sexuelle ou de votre identité de genre réelle ou perçue ?		Oui	Non
39	Avez-vous déjà été licencié d'un emploi en raison de votre orientation sexuelle ou de votre identité de genre réelle ou perçue ?		Oui	Non
40	Vous a-t-on refusé un logement en raison de votre orientation sexuelle et de votre identité de genre réelle ou perçue ?		Oui	Non
41	Avez-vous été victime d'expulsion d'un appartement loué en raison de votre orientation sexuelle et de votre identité de genre ?		Oui	Non
42	Avez-vous déjà été expulsé de votre domicile par des membres de votre famille, des institutions religieuses et des gardiens de la culture en raison de votre orientation sexuelle ou de votre identité de genre réelle ou perçue ?		Oui	Non
43	Avez-vous déjà révélé votre orientation sexuelle et/ou identité de genre à un organisme d'application de la loi, à un agent ou à un groupe de défense des droits de l'homme lorsque vous êtes victime de stigmatisation ou de discrimination en raison de votre orientation ? <i>(Cela inclut la police, l'armée, les principales institutions de défense des droits de l'homme, les assistants juridiques ou les responsables des droits de l'homme)</i>		Oui	Non
44	Les groupes de défense des droits de l'homme des agences chargées de l'application de la loi ont-ils hésité à aborder votre cas de stigmatisation et de discrimination ? <i>(Cela inclut la police, l'armée, les principales institutions de défense des droits de l'homme, les assistants juridiques ou les responsables des droits de l'homme)</i>		Oui	Non
45	Avez-vous refusé ou omis de signaler un cas de stigmatisation et de discrimination par crainte d'être jugé par des groupes de défense des droits humains, agences d'application des lois ? <i>(Cela inclut la police, l'armée, les principales institutions de défense des droits de l'homme, les assistants juridiques ou les responsables des droits de l'homme)</i>		Oui	Non
46	Avez-vous déjà été agressé verbalement ? <i>(Expressions outrageantes et dénigrantes, injures, insultes etc..)</i>	Au cours de votre vie ?	Oui	Non
		Au cours des 12 derniers mois ?	Oui	Non
Pour les questions suivantes, nous allons non seulement explorer les cas d'agressions physiques et sexuelles mais aussi les auteurs				



47	Avez-vous déjà été agressé physiquement ,	Par un partenaire intime du même sexe que vous ?	Au cours de votre vie ?	Oui	Non
			Au cours des 12 derniers mois ?	Oui	Non
		Par un partenaire intime d'un sexe différent de vous ?	Au cours de votre vie ?	Oui	Non
	(Choix multiple)		Au cours des 12 derniers mois ?	Oui	Non
		Par quelqu'un que vous connaissez (Autre que le partenaire intime)	Au cours de votre vie ?	Oui	Non
			Au cours des 12 derniers mois ?	Oui	Non
		Par quelqu'un que vous ne connaissez pas	Au cours de votre vie ?	Oui	Non
			Au cours des 12 derniers mois ?	Oui	Non
48	Avez-vous déjà été agressé sexuellement ?	Par un partenaire intime du même sexe que vous ?	Au cours de votre vie ?	Oui	Non
			Au cours des 12 derniers mois ?	Oui	Non
		Par un partenaire intime d'un sexe différent de vous ?	Au cours de votre vie ?	Oui	Non
			Au cours des 12 derniers mois ?	Oui	Non
	(Choix multiple)	Par quelqu'un que vous connaissez (Autre que le partenaire intime)	Au cours de votre vie ?	Oui	Non

			Au cours des 12 derniers mois ?	Oui	Non
		Par quelqu'un que vous ne connaissez pas	Au cours de votre vie ?	Oui	Non
			Au cours des 12 derniers mois ?	Oui	Non

Si vous avez répondu oui à une agression sexuelle ou physique **au cours de votre vie**, veuillez répondre aux questions suivantes :

	Nous savons que notre orientation sexuelle et notre identité de genre ne sont pas toujours faciles à séparer. Cependant, veuillez choisir la meilleure réponse à ces dernières questions.		
49	Pensez-vous que l'un de ces incidents (agression sexuelle ou physique) était basé sur votre orientation sexuelle ?	Oui	Non
50	Pensez-vous que l'un de ces incidents (agression sexuelle ou physique) était basé sur votre identité de genre ?	Oui	Non
51	Pensez-vous que l'un de ces incidents (agression sexuelle ou physique) était motivé par le fait que votre corps n'était pas typiquement féminin ou typiquement masculin	Oui	Non
52	Avez-vous évité des situations ou des personnes qui vous rappellent le ou les incidents ?	Oui	Non
53	Après le (s) incident (s), vous êtes-vous senti nerveux, irritable ou agité	Oui	Non

Si vous avez répondu oui à une agression sexuelle ou physique au cours des 12 derniers mois, veuillez répondre aux questions suivantes :

54	Si vous avez subi une agression physique ou sexuelle au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un médecin ?	Oui	Non
55	Si vous avez été victime d'agression physique ou sexuelle au cours des 12 derniers mois, en avez-vous déjà informé la police ?	Oui	Non



56	Lorsque vous cherchez de l'aide pour une agression physique ou sexuelle, pensez-vous avoir été traité avec moins de courtoisie que d'autres personnes par la police ou le personnel de santé pour avoir été LGBTQ?	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Je n'ai pas demandé d'aide pour agression physique ou sexuelle
----	--	--------	----------	---------	---------	--

Section 4 : Santé mentale

Nous allons maintenant explorer votre situation de la santé mentale en nous focalisant sur votre confort en lien avec votre orientation sexuelle et identité de genre ; votre niveau de consommation d'alcool, de drogues et votre état de dépressions, anxiété.

Section 4a-Estime de soi et genre

Répondez-vous aux questions de cette section si vous vous identifiez comme transgenre, queer et / ou de genre non conforme. Si vous ne vous identifiez pas comme transgenre, queer et / ou de genre non conforme, allez à la section suivante.

S'il vous plaît répondez à ces questions en fonction de vos propres sentiments sur vous-même

57	Parfois, je ne m'aime pas pour le fait d'être un homme trans / ou de genre non conforme	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
58	Parfois, j'aurais souhaité ne pas être un homme trans / ou de genre non conforme	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
59	Je me sens mal à l'aise en tant qu'un homme trans / ou une personne de genre non conforme lorsque je communique avec des gens	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
60	Je pense qu'être un homme trans / ou une personne de genre non conforme est une faiblesse par rapport aux autres	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

61	Un partenaire intime (passé ou actuel) vous a-t-il déjà fait sentir que vous ne valiez rien à cause de votre orientation sexuelle et de votre identité de genre ?	Oui	Non
62	Un partenaire intime (passé ou actuel) vous a-t-il déjà fait sentir honteux (se) à cause de votre orientation sexuelle et de votre identité de genre ?	Oui	Non

Maintenant nous aimerions en savoir plus sur votre expression de genre. Indiquez sur une échelle de 1 (pas du tout) à 5 (extrêmement) votre masculinité et votre féminité. Cette question a simplement pour but de nous aider à comprendre à quel point vous vous conformez aux attentes de la société en matière de masculinité ou de féminité.

63	En général, à quel point pensez-vous être féminine ?	Pas du tout	Un peu	Plus ou moins	Beaucoup	Extrêmement
64	En général, à quel point vous comportez-vous de manière féminine face aux autres ?	Pas du tout	Un peu	Plus ou moins	Beaucoup	Extrêmement
65	En général, à quel point vous paraissez féminine aux yeux des autres ?	Pas du tout	Un peu	Plus ou moins	Beaucoup	Extrêmement
66	En général, à quel point pensez-vous être Masculine ?	Pas du tout	Un peu	Plus ou moins	Beaucoup	Extrêmement
67	En général, à quel point vous comportez-vous de manière Masculine face aux autres ?	Pas du tout	Un peu	Plus ou moins	Beaucoup	Extrêmement
68	En général, à quel point vous paraissez masculine aux yeux des autres ?	Pas du tout	Un peu	Plus ou moins	Beaucoup	Extrêmement

Les questions suivantes concernent les pratiques d'affirmation du genre. Nous comprenons que tout le monde n'adopte pas forcément ces pratiques. Cependant, nous apprécions toutes les informations que vous pouvez partager avec nous à ce sujet, que vous adoptez ces pratiques ou non.



69	Utilisez-vous des hormones pour les soins d'affirmation de genre (transition) ?	Oui, d'un fournisseur de soins de santé privé local	Oui, d'un fournisseur de soins de santé public local	Oui d'une autre source	Non
70	Si non, envisagez-vous d'obtenir des hormones de transition si disponible et accessible ?			Oui	Non
71	Envisagez-vous recourir à une intervention chirurgicale par un professionnel de la santé pour améliorer votre expression de genre ?			Oui	Non
72	Utilisez-vous une méthode quelconque pour cacher vos seins ? (Binders, soutien-gorge de sport, bandages, ruban adhésif etc.)		Oui		Non

Section 4b : Estime de soi et sexualité

73	Parfois, je ne m'aime pas pour le fait d'être une personne qui a (ou veut) des relations sexuelles avec des personnes du même sexe.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
74	J'aimerais être sexuellement attiré par le sexe opposé	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
75	J'ai honte d'être attiré sexuellement par des personnes du même sexe	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
76	Je pense qu'être attiré par des personnes du même sexe est une faiblesse par rapport aux autres	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

Section 4c : Consommation d'alcool

Voici quelques questions sur la consommation d'alcool. S'il vous plaît répondre aussi correctement que possible

77	Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais (Allez à la section suivante)	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine

78	Combien de verres ⁸ contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus
79	Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
80	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
81	Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous at-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
82	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'1 par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
83	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque

8 Un verre d'alcool standard équivaut à :
341 ml (12 oz) de bière (5% d'alcool)
142 ml (5 oz) de vin (10 à 12% d'alcool)
43ml (1,5 oz) de liqueur (40% d'alcool)



84	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
85	Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année
86	Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année

Section 4d : Consommation de drogues

Voici quelques questions sur les drogues. Veuillez répondre aussi correctement et honnêtement que possible

Par drogues, nous entendons l'un des éléments suivants :

Cannabis : la marijuana, Hashish, joint

Amphétamines : méthamphétamine, phénmétraline, khat, noix de bétel, ritalin (méthylphénidate)

Cocaïne : crack, base libre, feuilles de coca

Opiacés : héroïne fumée, héroïne, opium, tramadol, codéine

Hallucinogène : ecstasy, LSD (acide lysergique), mescaline, peyotl, PCP (poussière d'ange), (phencyclidine), psilocybine, DMT

Solvants / Inhalants: Diluant, Trichloréthylène, Essence / Essence, Gaz, Solution, Colle, Eau de gouttière

GHB et autres : GHB, stéroïdes anabolisants, gaz hilarant (halothane), nitrate d'amyle (poppers), composés anticholinergiques

87	À quelle fréquence consommez-vous des drogues autres que l'alcool ?	Jamais (Allez à la section suivante)	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois par semaine ou plus
88	Consommez-vous plus d'un type de drogue à une même occasion ?	Jamais (Allez à la section suivante)	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois par semaine ou plus
89	Combien de fois prenez-vous des drogues dans une journée typique où vous en consommez ?	0	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou plus
90	À quelle fréquence êtes-vous grandement affecté par des drogues ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
91	Au cours de la dernière année, avez-vous senti que votre envie de drogues était si forte que vous ne pouviez y résister ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
92	Avez-vous, dans la dernière année, été incapable d'arrêter de prendre des drogues après avoir commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
93	À quelle fréquence au cours de la dernière année avez-vous pris des drogues puis négligé de faire quelque chose que vous auriez dû faire ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque



94	À quelle fréquence au cours de la dernière année avez-vous eu besoin de prendre une drogue le matin suivant une forte Consommation de drogues le jour précédent ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
95	À quelle fréquence au cours de la dernière année avez-vous eu des sentiments de culpabilité ou mauvaise conscience parce que vous aviez consommé des drogues ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
96	Est-ce que vous ou une autre personne a été blessé (mentalement ou physiquement) parce que vous consommiez des drogues ?	Non		Oui, mais pas au cours de la dernière année		Oui, au cours de la dernière année
97	Est-ce qu'un membre de votre famille, un ami, un médecin, une infirmière ou une autre personne s'est inquiété de votre consommation de drogues ou vous a dit que vous devriez arrêter d'en consommer ?	Non		Oui, mais pas au cours de la dernière année		Oui, au cours de la dernière année

Section 4e : Dépression

Vous trouverez ci-dessous une liste de vos sentiments et de votre comportement. Veuillez indiquer combien de fois vous avez éprouvé cette difficulté au cours de la semaine écoulée.

		Jamais ou très rarement (moins d'un jour)	Occasionnellement (un à deux jours)	Assez souvent (trois à quatre jours)	Fréquemment ou tout le temps (cinq à sept jours)
98	Vous avez été contrarié(e) par des choses qui d'habitude vous me dérangent pas				
99	Vous avez eu du mal à vous concentrer sur ce que vous faites				
100	Vous vous êtes senti(e) déprimé(e)				
101	Vous avez eu l'impression que toute action vous demandait un effort				
102	Vous avez été confiant(e) en l'avenir				
103	Vous vous êtes senti(e) craintif(ve)				
104	Vous êtes contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas				
105	Votre sommeil n'a pas été bon				
106	Vous vous êtes senti(e) heureux(se)				
107	Vous vous êtes senti(e) seul(e)				
108	Vous avez manquez d'entrain				
109	Un prestataire de santé vous a-t-il déjà diagnostiqué une dépression ?				
110	Si avez répondu oui à la question précédente, avez-vous été traité pour une dépression clinique (par exemple, médicaments, thérapie) ?			Oui	Non



Section 4e : Anxiété

Vous trouverez ci-dessous une liste de vos sentiments et de votre comportement. Veuillez indiquer combien de fois vous avez éprouvé cette difficulté au cours de la semaine écoulée.

		Jamais ou très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment ou tout le temps
111	Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension				
112	Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes				
113	Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien				
114	Difficulté à se détendre				
115	Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille				
116	Devenir facilement contrarié(e) ou irritable				
117	Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver				
118	Un prestataire de santé vous a-t-il déjà diagnostiqué anxiété ?			Oui	Non
119	Si avez répondu oui à la question précédente, avez-vous été traité pour une Anxiété clinique (par exemple, médicaments, thérapie) ?			Oui	Non

Section 4f: Le suicide

120	Avez-vous déjà songé à vous suicider à un moment donné ?	Au cours de votre vie	Oui	Non
		Au cours des 12 derniers mois ?	Oui	Non
121	Avez-vous déjà essayé de mettre fin à votre vie ?	Au cours de votre vie	Oui	Non
		Au cours des 12 derniers mois?	Oui	Non

Zone pour le partage d'histoire :

Nous avons ajouté une colonne pour ceux qui souhaitent partager leurs histoires. Nous souhaitons vous assurer qu'il sera traité avec la plus grande confidentialité.

Merci de partager votre expérience sur votre intimité, la santé générale et mentale ainsi que les violences. Si vous voulez parler à quelqu'un au sujet de ces questions, contacter l'organisation citée au début de l'enquête.



