

Trouble du Spectre de l'Autisme et Identité des Minorités Sexuelles et de Genre chez les Étudiants de l'Enseignement Supérieur

Auteurs

Elia F. Soto, Destiny Orantes, Natalie Russo, & Kevin M. Antshel
Département de Psychologie, Syracuse University

Résumé

Objectif : Cette étude s'appuie sur les littératures existantes relatives au trouble du spectre de l'autisme (TSA) et aux identités de minorités sexuelles et de genre (SGM). Il s'agit de la première à examiner, de manière transversale, les taux de prévalence, les altérations fonctionnelles associées et les niveaux d'engagement dans le traitement pour les populations SGM et non-SGM avec ou sans TSA, à partir d'un vaste échantillon d'étudiants américains sur trois années.

Méthodologie : Les données proviennent de la troisième édition de l'American College Health Association–National College Health Assessment (ACHA-NCHA III). Nous avons analysé les réponses de 82 030 étudiants (âgés de 18 à 25 ans), sélectionnés aléatoirement dans 75 établissements américains sur trois ans. Les mesures incluaient des auto-déclarations portant sur les données démographiques, l'identité SGM, le diagnostic TSA, le stress, l'atteinte académique, les symptômes de santé mentale et l'accès aux traitements.

Résultats : Nous avons observé une prévalence du TSA de 2,7 % dans le groupe SGM, contre 0,9 % dans l'échantillon non-SGM. Les étudiants autistes appartenant à une minorité sexuelle et/ou de genre ont présenté les niveaux les plus élevés de stress ainsi que les pires résultats en matière de santé mentale et d'adaptation académique.

Conclusion : Ces résultats soulignent la nécessité pour les professionnels de santé mentale de prendre en compte les identités SGM chez les étudiants autistes afin d'ajuster les modalités de traitement. Les implications pratiques incluent le besoin de soutiens adaptés à plusieurs niveaux (académique, psychologique, etc.).

Mots-clés : TSA, trouble du spectre de l'autisme, minorités sexuelles et de genre, SGM, LGBTQ+, étudiants de l'enseignement supérieur

Résumé vulgarisé (Lay Abstract)

Les personnes autistes et celles qui s'identifient comme appartenant à une minorité sexuelle ou de genre sont toutes deux à risque accru de troubles de santé mentale et d'altérations fonctionnelles. Toutefois, les liens entre autisme et identités SGM restent mal compris. Pour la première fois, nous apportons des preuves empiriques en analysant les données d'un vaste échantillon national issu de l'ACHA-NCHA III. Nous constatons que les étudiants

autistes qui s'identifient comme SGM rapportent les taux les plus élevés de stress, de difficultés académiques et de troubles de santé mentale, comparés aux étudiants autistes non-SGM. Ces résultats renforcent la nécessité, pour les professionnels de santé mentale, de tenir compte de l'intersection entre autisme et identité SGM afin d'améliorer les dispositifs de soutien.

Introduction : Trouble du spectre de l'autisme et identités de minorités sexuelles et de genre chez les étudiants de l'enseignement supérieur

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des déficits en communication sociale et la présence de comportements, intérêts ou activités restreints et répétitifs (American Psychiatric Association [APA], 2022). Le taux de prévalence du TSA est estimé à environ 2 %, aussi bien chez les adultes (Dietz et al., 2020) que chez les étudiants (White et al., 2011). Le nombre de jeunes adultes autistes accédant à l'enseignement supérieur est en augmentation constante (Bakker et al., 2019 ; Volkmar et al., 2017).

Parallèlement, les étudiants s'identifiant comme appartenant à des minorités sexuelles et de genre (SGM) sont également de plus en plus nombreux sur les campus universitaires (American College Health Association [ACHA], 2020). De manière générale, les minorités sexuelles incluent les personnes s'identifiant comme lesbiennes, gays, bisexuelles, asexuelles ou toute autre orientation non-hétérosexuelle, tandis que les minorités de genre regroupent les personnes transgenres, non-binaires, intersexes ou toute autre identité de genre non-cisgenre (U.S. Department of Health and Human Services, 2021).

Bien que les identités TSA et SGM soient toutes deux de plus en plus présentes dans l'enseignement supérieur, les recherches portant sur leur intersection restent extrêmement limitées. Les adultes autistes appartenant à une minorité sexuelle ou de genre rencontrent davantage d'obstacles à l'accès aux soins de santé, comparés aux personnes autistes non-SGM (Hall et al., 2020). Ces résultats sont cohérents avec les nombreuses barrières d'accessibilité aux soins que rencontrent les personnes SGM de manière générale — notamment les craintes de subir des préjugés ou discriminations de la part des professionnels de santé, ce qui peut les amener à éviter les services de soin (Batza, 2018 ; Simpson et al., 2013 ; Streed et al., 2019).

Pris ensemble, la **théorie du stress minoritaire** (Meyer, 2003) et la **théorie de l'intersectionnalité** (Crenshaw, 1989) suggèrent que les personnes appartenant à plusieurs groupes minorisés cumulent les facteurs de stress — et que ces effets peuvent se renforcer mutuellement, menant à des taux plus élevés de troubles physiques et mentaux.

La présente étude vise à prolonger ces travaux en examinant les taux de prévalence, les conséquences fonctionnelles, les variables associées à la santé mentale et les modalités d'engagement dans les soins de santé mentale chez les étudiants universitaires SGM et non-SGM, avec ou sans TSA.

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Environ 70 % des personnes autistes présentent au moins un trouble psychiatrique comorbide, et environ 40 % en présentent deux ou plus (APA, 2022 ; Simonoff et al., 2008). Les troubles comorbides les plus fréquemment rencontrés chez les étudiants autistes sont l'anxiété, la dépression, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), ainsi que les troubles des apprentissages (Anderson et al., 2018 ; McMorris et al., 2019).

Les étudiants autistes présentent également des difficultés dans les activités de la vie quotidienne, la perception sociale, le fonctionnement exécutif, la théorie de l'esprit et la régulation des émotions (Baribeau et al., 2015 ; Gobbo & Shmulsky, 2012 ; Hewitt, 2011 ; White et al., 2016). Bon nombre de ces caractéristiques sont aggravées par la stigmatisation associée au TSA et le stress qui l'accompagne (Pachankis, 2018). Il est important de noter que les étudiants autistes ont moins tendance à solliciter et à s'engager dans des traitements en santé mentale comparativement aux personnes présentant d'autres troubles psychiatriques (Chandrasekhar, 2020).

Probablement en raison de la combinaison de ces caractéristiques associées et de la stigmatisation, les étudiants autistes rencontrent des difficultés académiques et sociales supplémentaires. Seuls 17 à 35 % des personnes autistes accèdent à un cursus universitaire de deux ou quatre ans (Newman et al., 2011 ; Roux et al., 2015 ; Shattuck et al., 2012). Parmi celles qui s'y engagent, nombre d'entre elles présentent des résultats scolaires inférieurs à leurs capacités (Kapp et al., 2013) et des difficultés à établir des relations sociales (Sasson et al., 2013 ; Test et al., 2014). À titre d'illustration, le taux de diplomation chez les étudiants autistes est de 38,8 %, contre 52,4 % dans la population générale (Newman et al., 2011).

Les étudiants autistes présentent également un risque accru de comportements à risque. Des revues systématiques et des méta-analyses indiquent que la consommation de substances — notamment d'alcool, de cannabis et de nicotine — pourrait être plus fréquente chez les adultes autistes que chez les non-autistes (Haasbroek & Morojele, 2021 ; Lugo-Marin et al., 2019). Cela étant dit, le TSA est aussi associé à des taux plus faibles d'abus de substances (c'est-à-dire des niveaux de consommation entraînant une détresse clinique) chez les étudiants par rapport aux personnes sans TSA (Kuder et al., 2021 ; Yule et al., 2021). Toutefois, les personnes autistes sont près de neuf fois plus susceptibles d'avoir recours aux substances pour gérer des symptômes de santé mentale que les personnes non-autistes (Weir et al., 2021).

En outre, les jeunes adultes autistes présentent des taux plus élevés de tentatives de suicide (Kirby et al., 2019) et de décès par suicide (Chen et al., 2017) que la population générale. Il convient toutefois de souligner qu'aucune étude n'a, à ce jour, spécifiquement examiné la prévalence des comportements suicidaires chez les étudiants autistes de l'enseignement supérieur.

Minorités sexuelles et de genre (SGM)

Tout comme les personnes autistes, les étudiants de l'enseignement supérieur qui s'identifient comme appartenant à une minorité sexuelle ou de genre présentent un risque

accru de troubles psychiatriques, tels que l'anxiété et la dépression, par rapport aux étudiants ne s'identifiant pas comme SGM (Kirsch et al., 2015).

Les étudiants SGM sont exposés à des **facteurs de stress proximaux**, tels que la sensibilité au rejet et l'homonégativité intériorisée, ainsi qu'à des **facteurs de stress distaux**, tels que la discrimination, la victimisation physique et le harcèlement verbal. Ces stress supplémentaires augmentent le risque de développer des troubles psychiatriques (Meyer, 2003 ; Pachankis et al., 2018 ; Rosendale et al., 2021).

Les étudiants SGM présentent également un **risque accru d'abus de substances** par rapport aux individus non-SGM (Li et al., 2022 ; Rice et al., 2019). Comme c'est le cas pour les personnes autistes, les personnes SGM présentent des **taux de tentatives de suicide et de décès par suicide plus élevés** que les personnes non-SGM (Hatzenbuehler et al., 2013 ; Nock et al., 2008). Par exemple, 11 % des personnes appartenant à une minorité sexuelle (Hottes et al., 2016) et 40 % des personnes appartenant à une minorité de genre (Marshall et al., 2016) déclarent avoir tenté de se suicider au moins une fois dans leur vie, contre environ 4 % dans la population générale.

Les étudiants SGM ont tendance à **recourir davantage aux services de santé mentale** que les étudiants non-SGM, mais sont également plus nombreux à interrompre leur traitement de manière prématurée, invoquant souvent le fait que leurs besoins thérapeutiques ne sont pas satisfaits par les professionnels de santé (Burgess et al., 2007 ; Dunbar et al., 2017).

De plus, les personnes SGM ont une propension plus élevée à pratiquer des **comportements auto-agressifs non suicidaires** (NSSI) que les individus non-SGM (Bretherton et al., 2021 ; Frisell et al., 2010), et sont **trois fois plus susceptibles** de s'engager dans de tels comportements que leurs pairs hétérosexuels du même âge (Batejan et al., 2015).

TSA et minorités sexuelles et de genre (SGM)

Très peu d'études ont exploré l'intersection entre le trouble du spectre de l'autisme (TSA) et les identités de minorités sexuelles et de genre (SGM), bien que plusieurs travaux aient montré que les adolescents et adultes (âgés de 16 à 70 ans) autistes sont **sept à huit fois plus susceptibles de s'identifier comme appartenant à une minorité sexuelle** (Weir et al., 2021). La prévalence du TSA chez les jeunes appartenant à une minorité de genre (âgés de 14 à 25 ans) est estimée à environ **23 %** (Strauss et al., 2021).

Il est à noter qu'**aucune étude à ce jour** n'a encore examiné les **taux de prévalence du TSA au sein des populations SGM chez les étudiants de l'enseignement supérieur**.

Une étude a analysé les symptômes de santé mentale chez des adultes autistes, en les comparant selon leur orientation sexuelle (George & Stokes, 2018). Les résultats indiquaient **aucune différence significative** de symptômes de santé mentale entre les adultes autistes hétérosexuels et non-hétérosexuels. Cependant, **d'autres aspects importants** — tels que les limitations fonctionnelles, les facteurs psychologiques additionnels (solitude, idées suicidaires, etc.) et l'engagement dans des soins en santé mentale — **n'ont pas encore été**

étudiés dans les populations autistes SGM, bien qu'ils soient tous associés à des **barrières sociétales majeures** ayant un impact sur le fonctionnement quotidien.

Mieux comprendre le TSA chez les étudiants SGM : un enjeu clinique majeur

Mieux comprendre le trouble du spectre de l'autisme (TSA) chez les étudiants appartenant à une minorité sexuelle ou de genre (SGM) représente une **priorité clinique significative**, et ce pour plusieurs raisons.

Premièrement, comme mentionné précédemment, **les identités SGM et le TSA sont toutes deux de plus en plus fréquentes** au sein des populations étudiantes de l'enseignement supérieur.

Deuxièmement, en accord avec les prédictions issues de la **théorie du stress minoritaire** et de la **théorie de l'intersectionnalité**, il est attendu que les étudiants appartenant à **deux groupes minorisés ou plus** présentent des résultats de santé mentale plus négatifs. En effet, ces individus sont exposés à des stressseurs multiples qui peuvent s'additionner voire s'amplifier, générant un **fardeau psychologique accru**.

Troisièmement, les personnes appartenant à **deux groupes minorisés** sont également plus susceptibles d'être **marginalisées au sein même des groupes dont elles font partie** (Purdie-Vaughns & Eibach, 2008). Cela signifie que les étudiants autistes SGM risquent davantage de faire l'expérience d'un **rejet à la fois dans les espaces autistiques et dans les espaces LGBTQ+**, ce qui peut aggraver les impacts fonctionnels et psychologiques.

En somme, les étudiants autistes SGM sont potentiellement plus exposés à la stigmatisation et aux conséquences délétères sur leur fonctionnement social, académique et psychologique que :

- les étudiants SGM non autistes,
- les étudiants autistes non SGM,
- et les étudiants n'appartenant à aucun de ces deux groupes minorisés.

Malgré le caractère intuitif de cette hypothèse, **aucune recherche empirique ne l'avait testée jusqu'à présent**.

Étude actuelle

La présente étude est la première à explorer, au sein d'un **échantillon représentatif à l'échelle nationale d'étudiants de l'enseignement supérieur**, les taux de prévalence, le statut fonctionnel et les niveaux d'engagement dans les soins de santé mentale chez des étudiants appartenant ou non à une minorité sexuelle ou de genre (SGM), avec ou sans diagnostic de TSA.

Trois objectifs principaux ont guidé cette recherche :

1. Taux de prévalence du TSA au sein des groupes SGM

Nous avons d'abord cherché à déterminer les taux de prévalence du TSA dans les sous-groupes SGM et non-SGM.

➤ *Hypothèse 1* : nous anticipons une **prévalence plus élevée du TSA chez les étudiants SGM** comparés aux étudiants non-SGM.

2. Corrélats fonctionnels et psychologiques du TSA et des identités SGM

En s'appuyant sur la littérature antérieure montrant des altérations fonctionnelles et psychiatriques associées de façon indépendante au TSA et aux identités SGM, nous avons examiné les impacts dans plusieurs domaines (académiques, sociaux, santé mentale).

➤ *Hypothèse 2* : nous anticipons que les étudiants autistes SGM (groupe SGM+TSA) rapporteraient **les taux les plus élevés de détresse académique, d'altération fonctionnelle et de troubles mentaux**, comparés aux trois autres groupes :

- étudiants SGM sans TSA,
- étudiants autistes non SGM,
- étudiants sans TSA ni identité SGM (groupe de comparaison).

3. Engagement dans les soins de santé mentale

Enfin, sur la base des travaux mettant en évidence les obstacles spécifiques rencontrés par les étudiants autistes et par les étudiants SGM dans l'accès aux soins, nous avons comparé les niveaux d'engagement dans les traitements psychologiques.

➤ *Hypothèse 3* : nous prévoyions que les **étudiants autistes SGM rapporteraient les taux les plus faibles d'engagement dans les soins en santé mentale**, en raison de la double stigmatisation et des barrières cumulées.

Méthodologie

Source des données

Cette étude repose sur une **analyse secondaire** des données issues de la **troisième édition de l'American College Health Association – National College Health Assessment (ACHA-NCHA III)**, collectées entre 2019 et 2022. L'enquête a été administrée dans 75 établissements d'enseignement supérieur aux États-Unis, pendant les semestres d'automne et de printemps. Chaque campus a suivi les procédures établies par son institution pour diffuser le questionnaire, soit en présentiel, soit en ligne. Les participants ont été tirés au sort parmi les étudiants ou parmi des salles de classe sélectionnées aléatoirement.

Grâce à cette **méthodologie d'échantillonnage aléatoire** et à la **taille importante de l'échantillon**, l'ACHA-NCHA est largement reconnue comme un outil pertinent pour analyser les tendances actuelles en matière de santé chez les étudiants (Kerr et al., 2021).

Participants et constitution des groupes

L'échantillon final se compose de **82 030 étudiants**, inscrits à temps plein ou à temps partiel, âgés de **18 à 25 ans** ($M = 20,39$; $ÉT = 1,90$). La majorité des répondants s'identifiaient comme **femmes** (65,8 %), **étudiants à temps plein** (95 %), **non engagés dans une relation amoureuse** au moment de l'enquête (56,9 %), et **vivant sur le campus** ou dans des logements universitaires (44,2 %). Environ 75 % bénéficiaient d'une **couverture santé via leurs parents**.

La répartition ethnique était la suivante :

- 68,2 % Blanc·he·s,
- 13,5 % Asiatique·s / Américain·e·s d'origine asiatique,
- 13,5 % Hispaniques / Latino·a·s,
- 7,5 % Noir·e·s / Afro-Américain·e·s,
- 4,2 % Multiraciaux·ales,
- 2,2 % Autochtones / Natif·ve·s de l'Alaska,
- 1,4 % Origine moyen-orientale ou nord-africaine.

Les participants ont été répartis en **quatre groupes mutuellement exclusifs**, selon leur **statut SGM** et leur **diagnostic de TSA** :

- **Groupe SGM+TSA** ($n = 489$)
- **Groupe TSA seul** ($n = 567$)
- **Groupe SGM seul** ($n = 17\,507$)
- **Groupe de comparaison** (ni SGM, ni TSA ; $n = 63\,467$)

Les statistiques descriptives de ces groupes sont présentées dans les tableaux correspondants de l'étude.

Mesures

Identité SGM

L'identité SGM a été codée comme une **variable dichotomique** (SGM / non-SGM), à partir des réponses des participants sur leur orientation sexuelle et leur identité de genre.

- Les personnes indiquant une orientation autre que *hétérosexuelle* (par exemple : bisexuel·le, homosexuel·le, pansexuel·le, queer, ou toute autre orientation non listée) ont été codées comme appartenant à une **minorité sexuelle**.
- Celles indiquant une identité de genre autre que *femme* ou *homme* (par exemple : femme trans, homme trans, non-binaire, agenre, fluide, intersexe, ou toute autre identité non listée) ont été codées comme appartenant à une **minorité de genre**.

Ainsi, une personne était considérée comme **SGM** si elle s'identifiait comme une **minorité sexuelle, de genre, ou les deux**. Cette approche est conforme aux recommandations méthodologiques du *U.S. Department of Health and Human Services* (2021).

Statut diagnostique TSA

Le diagnostic de TSA a également été codé comme une **variable dichotomique** (Oui / Non). Les participants étaient considérés comme ayant un TSA s'ils répondaient *oui* à la question :

« Avez-vous déjà été diagnostiqué·e avec un trouble du spectre de l'autisme par un·e professionnel·le de santé ou de santé mentale ? »

Stress et détresse ressentis au cours de l'année écoulée

Le niveau de **stress général** a été mesuré à l'aide d'une **échelle de Likert en 4 points** (1 = aucun stress à 4 = stress élevé).

La détresse spécifique a été évaluée dans **six domaines** :

- les études,
- les relations avec les enseignant·e·s,
- les relations familiales,
- les relations amoureuses,
- les relations avec les colocataires,
- les relations avec les pairs.

Les participants devaient indiquer leur **niveau de détresse pour chaque domaine** au cours des 12 derniers mois (1 = aucune détresse à 4 = détresse élevée). Ces variables ont été utilisées pour tester l'hypothèse 2.

Performance académique et altération du rendement

Performance académique

La performance académique a été mesurée à l'aide de l'**auto-évaluation du GPA cumulatif** (moyenne générale des notes).

Les participants ont indiqué leur moyenne approximative selon une **échelle codée numériquement** allant de :

- 1 = F (échec),
- jusqu'à 13 = A+ (excellence académique).

Des scores plus élevés correspondent donc à une meilleure performance académique perçue.

Altération académique liée à des facteurs de santé mentale ou interpersonnels

L'**altération académique** est définie ici comme :

- une baisse de performance dans une ou plusieurs matières,
- et/ou un **retard dans la progression vers l'obtention du diplôme**.

Deux types de facteurs ont été considérés :

1. **Facteurs liés à la santé mentale** : anxiété, dépression, trouble de stress post-traumatique (TSPT), stress général.
2. **Facteurs interpersonnels** : relations intimes, relations avec les enseignant·e·s, relations familiales, relations avec les colocataires, relations avec les pairs.

Les participants qui déclaraient avoir été affectés par un ou plusieurs de ces facteurs au cours des 12 mois précédents devaient ensuite indiquer **dans quelle mesure cela avait impacté leurs études**, selon une échelle :

- 0 = Je n'ai pas rencontré ce problème / non applicable,
- 1 = Ce problème n'a pas affecté mes résultats,
- 2 = Ce problème a nui à mes performances dans une ou plusieurs matières,
- 3 = Ce problème a retardé ma progression vers l'obtention du diplôme.

Des scores plus élevés indiquent une **altération académique perçue plus importante**.

Ces mesures ont été incluses dans les analyses pour tester l'**hypothèse 2**.

Corrélat de santé mentale

Neuf variables de santé mentale ont été incluses dans les analyses liées à l'**hypothèse 2**. Ces mesures visent à évaluer la résilience, le bien-être subjectif, la solitude, la détresse psychologique, le risque suicidaire, et les comportements auto-agressifs.

Échelle de résilience Connor-Davidson – version abrégée (CD-RISC 2)

La CD-RISC 2 (Vaishnavi et al., 2007) est une échelle de **2 items** mesurant la capacité perçue de la personne à **rebondir face aux épreuves**.

Exemples d'items :

- « Je parviens à m'adapter quand des changements surviennent »
- « J'ai tendance à me relever après une maladie, une blessure ou des difficultés »

Les réponses vont de 0 = *pas du tout vrai* à 4 = *presque toujours vrai*.

Le score total (0 à 8) reflète la **résilience perçue**, plus il est élevé, plus la résilience est considérée comme importante.

Alpha de Cronbach : .76 (fiabilité acceptable).

Échelle de bien-être de Diener (Flourishing Scale)

Cette échelle de **8 items** (Diener et al., 2010) évalue la **perception subjective du bien-être psychologique**, incluant l'optimisme, le sens de la vie, les relations, l'estime de soi, etc.

Exemple d'item : « Je suis une bonne personne et je mène une bonne vie ».

Les réponses vont de 1 = *fortement en désaccord* à 7 = *fortement d'accord*.

Le score total varie de 7 à 56.

Alpha de Cronbach : .93 (très bonne fiabilité).

Échelle de solitude de l'UCLA (version courte)

Pour cette étude, une version courte de **3 items** de l'UCLA Loneliness Scale (Russell et al., 1978) a été utilisée.

Exemple d'item : « À quelle fréquence vous sentez-vous exclu·e ? »

Réponses : 1 = *rarement*, 2 = *parfois*, 3 = *souvent*.

Score total : 3 à 9, un score plus élevé indiquant une **plus grande solitude perçue**.

Alpha de Cronbach : .83 (bonne fiabilité).

Échelle de détresse psychologique Kessler-6 (K6)

Cette échelle de **6 items** évalue la **détresse psychologique globale** sur le dernier mois (Kessler et al., 2003).

Exemple d'item : « À quelle fréquence vous êtes-vous senti·e nerveux·se ? »

Réponses : 0 = *jamais* à 4 = *tout le temps*.

Score total : 0 à 24 ; plus le score est élevé, plus la détresse perçue est importante.

Alpha de Cronbach : .88 (excellente fiabilité).

Suicide Behavior Questionnaire – version révisée (SBQ-R)

Le SBQ-R est un questionnaire de **5 items** évaluant les idées suicidaires et les comportements suicidaires passés (Osman et al., 2001).

Exemple : « Avez-vous déjà pensé à ou tenté de vous suicider ? »

Les scores totaux plus élevés indiquent un **risque suicidaire accru**.

Un score >7 est considéré comme un **seuil positif pour le risque suicidaire**.

Alpha de Cronbach : .80 (bonne fiabilité).

Comportements auto-agressifs non suicidaires (NSSI)

Un item unique évaluait la fréquence des comportements auto-infligés :

« Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vous êtes-vous intentionnellement coupé·e, brûlé·e, blessé·e ou infligé·e des blessures ? »

Réponses sur une échelle de 1 = *Jamais* à 5 = *Quotidiennement ou presque*.

Tentatives de suicide sur l'année écoulée

Un item binaire évaluait si la personne avait tenté de se suicider durant l'année écoulée :

« Au cours des 12 derniers mois, avez-vous tenté de vous suicider ? »

Réponses : Oui / Non.

Test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances (ASSIST)

Le test **ASSIST** (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) a été développé par l'Organisation mondiale de la santé (WHO ASSIST Working Group, 2002). Il s'agit d'un outil en **8 items** permettant d'évaluer la **consommation de diverses substances** sur la durée de vie et les trois derniers mois, ainsi que les conséquences de cette consommation.

Parmi les questions posées :

« Au cours des trois derniers mois, à quelle fréquence la consommation de la substance suivante a-t-elle provoqué des problèmes de santé, sociaux, juridiques ou financiers ? »

Les substances évaluées incluent :

- alcool,
- tabac,
- cocaïne,
- cannabis,
- stimulants prescrits,
- méthamphétamine,
- solvants/inhalants,
- sédatifs,
- hallucinogènes,
- héroïne,
- opioïdes,
- autres drogues.

Pour les **stimulants prescrits**, un ajustement a été appliqué :

Les participants ayant une prescription médicale ne devaient répondre à la question que s'ils prenaient ces substances « **uniquement pour l'effet ou l'expérience qu'elles procurent, ou à des doses/fréquences supérieures à celles prescrites** ».

Conformément aux recommandations de l'ASSIST, les niveaux de risque ont été classés comme suit pour chaque substance :

- 1 = risque faible,
- 2 = risque modéré,
- 3 = risque élevé.

Ces catégories ont été analysées individuellement pour chacune des 12 substances.

Statut de traitement en santé mentale

Le statut de traitement en santé mentale au cours des 12 derniers mois a été évalué uniquement pour les participants qui déclaraient avoir **consulté un professionnel de santé ou de santé mentale** pour l'un des 13 troubles suivants :

- Trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH),
- Abus ou dépendance à des substances,
- Troubles du jeu (gambling),
- Troubles anxieux,
- Trouble du spectre de l'autisme,
- Troubles bipolaires,
- Troubles de la personnalité,
- Troubles dépressifs,
- Troubles de l'alimentation,
- Insomnie,
- Troubles obsessionnels compulsifs (TOC),
- Troubles liés aux traumatismes (ex. : ESPT),
- Troubles psychotiques.

Pour chacun des troubles déclarés, les participants devaient indiquer **le type de traitement reçu**, en cochant une ou plusieurs des options suivantes :

- Aucun traitement,
- Médication uniquement,
- Psychothérapie uniquement,
- Médication **et** psychothérapie,
- Autre type de traitement.

Les réponses ont été regroupées pour former une variable synthétique appelée **Statut de traitement en santé mentale**, comprenant les catégories suivantes :

- Aucun traitement,
- Médication uniquement,

- Psychothérapie uniquement,
- Médication **et** psychothérapie,
- Autre traitement uniquement.

Cette variable a été utilisée dans les analyses correspondant à l'**hypothèse 3**, concernant les différences d'engagement dans les soins selon les groupes (SGM, TSA, etc.).

Aperçu des analyses de données

Cette étude examine les **taux de prévalence**, les **corrélats de santé mentale**, les **altérations fonctionnelles**, ainsi que les **niveaux d'engagement dans les soins de santé mentale** chez les étudiants SGM et non-SGM, avec ou sans diagnostic de TSA.

Les hypothèses ont été testées comme suit :

Hypothèse 1 : Taux de prévalence du TSA selon l'identité SGM

Pour tester l'hypothèse 1, les chercheurs ont comparé les **taux de prévalence du TSA** entre les groupes SGM et non-SGM à l'aide de **tests du chi carré**.

Hypothèse 2 : Altérations fonctionnelles et corrélats de santé mentale

Pour tester l'hypothèse 2, les chercheurs ont comparé les **résultats fonctionnels** (stress, performance académique, etc.) et les **corrélats de santé mentale** (résilience, solitude, idées suicidaires, etc.) entre les quatre groupes (SGM seul, TSA seul, SGM+TSA, groupe de comparaison).

Ils ont utilisé :

- des **analyses multivariées de covariance (MANCOVA)** pour les variables continues,
- tout en **contrôlant statistiquement l'effet de l'âge** (puisque l'âge influençait plusieurs variables dépendantes).

Lorsque les résultats globaux étaient significatifs, ils ont été suivis de :

- **tests univariés (ANCOVA)**,
- accompagnés d'**analyses post-hoc de Bonferroni**.

Les tailles d'effet sont rapportées sous forme de **carré eta partiel (η^2)** pour les variables continues.

Hypothèse 3 : Engagement dans les traitements de santé mentale

Pour tester l'hypothèse 3, les chercheurs ont examiné les différences entre les groupes concernant l'**engagement dans les soins** à l'aide de **tests du chi carré**.

Détails méthodologiques supplémentaires

- Les analyses ont été effectuées avec le logiciel **SPSS version 23**.
- Les participants présentant plus de **25 % de données manquantes** ont été exclus.
- Le test de **Little pour les données manquantes (MCAR)** a confirmé que les données manquantes étaient aléatoires.
- Les cas manquants restants ont été traités par **suppression par paires** dans toutes les analyses.
- Compte tenu de la grande taille de l'échantillon et de la puissance statistique élevée, un **niveau alpha conservateur de .001** a été utilisé pour déterminer la significativité, afin de **réduire les risques d'erreurs de type I**.

Résultats

Hypothèse 1 : Taux de prévalence du TSA chez les étudiants SGM

Dans l'ensemble de l'échantillon, le **taux de prévalence autodéclaré du TSA** était de **1,3 %**.

Les résultats montrent que la prévalence du TSA était **significativement plus élevée** chez les étudiants s'identifiant comme SGM (**2,7 %**) que chez les étudiants non-SGM (**0,9 %**).

- Résultat du test du **chi carré** :
 $\chi^2(1) = 370,94$, $p < .001$,
 $\Phi(\Phi) = -0,07$ (indiquant une petite taille d'effet mais significative).

Ces résultats **confirment l'hypothèse 1 : les étudiants de l'enseignement supérieur appartenant à une minorité sexuelle ou de genre présentent une prévalence plus élevée de diagnostic de TSA que les étudiants non-SGM**.

Hypothèse 2 : Altérations fonctionnelles et corrélats de santé mentale

Stress et détresse au cours de l'année écoulée

Des différences significatives ont été observées entre les quatre groupes sur le plan du **stress général** au cours de l'année écoulée :

- $F(3, 81\ 876) = 511,48, p < .001, \eta^2 = .018$.

Les comparaisons post-hoc montrent que :

- les groupes **SGM+TSA** et **SGM seul** rapportent les **niveaux les plus élevés** de stress,
- tandis que le groupe **TSA seul** rapporte les **niveaux les plus faibles**.

Concernant la **détresse spécifique par domaine**, l'analyse multivariée (MANCOVA) est significative :

- Wilks' $\lambda = .95, F(18, 4429.80) = 4.10, p < .001, \eta^2 = .015$.

Les domaines les plus impactés sont :

- les études,
- les relations familiales,
- les relations intimes,
- les relations entre pairs,
- les relations entre colocataires.

Globalement :

- les groupes **SGM** (avec ou sans TSA) présentent les **niveaux de détresse les plus élevés**,
- le **groupe de comparaison** présente les **niveaux les plus faibles**,
- le groupe **TSA seul** est intermédiaire mais plus proche des SGM dans les domaines interpersonnels.

Performance académique (GPA)

Des différences significatives apparaissent dans les GPA autodéclarés :

- $F(3, 79\ 893) = 48,27$, $p < .001$, $\eta^2 = .002$.

Ordre des performances :

1. Groupe de comparaison (meilleurs résultats),
2. Groupe SGM seul,
3. Groupes TSA seul et SGM+TSA (résultats les plus faibles).

Altérations académiques liées à la santé mentale

La MANCOVA est significative :

- Wilks' $\lambda = .91$, $F(12, 213869.60) = 635,44$, $p < .001$, $\eta^2 = .030$.

Altération de la performance due à :

- **dépression** : $F(3, 81\ 728) = 2201.82$, $\eta^2 = .075$
- **anxiété** : $F(3, 81\ 398) = 1354.76$, $\eta^2 = .048$
- **PTSD** : $F(3, 81\ 655) = 703.77$, $\eta^2 = .025$
- **stress** : $F(3, 81\ 636) = 860.61$, $\eta^2 = .031$

Résultats :

- Le groupe **SGM+TSA** rapporte les **plus hauts niveaux d'impact négatif** sur la performance académique,
- suivi du groupe **SGM seul**,
- puis du groupe **TSA seul**,
- et enfin du **groupe de comparaison** (impact le plus faible).

Altérations académiques liées aux relations interpersonnelles

La MANCOVA pour les facteurs interpersonnels est significative :

- Wilks' $\lambda = .97$, $F(15, 223434.58) = 186.48$, $p < .001$, $\eta^2 = .011$.

Les relations interpersonnelles suivantes affectent significativement la performance :

- relations familiales, intimes, entre pairs, entre colocataires.

Ordre décroissant d'impact :

1. **SGM+TSA** (altération la plus élevée),
2. **SGM seul** et **TSA seul** (similaires, parfois élevés),
3. **groupe de comparaison** (altération la plus faible).

Pas de différence significative pour les relations avec les enseignants.

Corrélat de santé mentale

La MANCOVA portant sur les variables de bien-être et de psychopathologie est significative :

- Wilks' $\lambda = .89$, $F(21, 219227.91) = 450.55$, $p < .001$, $\eta^2 = .040$.

Résultats par indicateur :

- **Bien-être psychologique (Flourishing) :**
SGM+TSA < TSA = SGM < Groupe de comparaison
($F(3, 81\ 479) = 1165.88$, $\eta^2 = .041$)
- **Résilience (CD-RISC 2) :**
SGM+TSA < SGM < TSA < Groupe de comparaison
($F(3, 81\ 663) = 376.99$, $\eta^2 = .014$)
- **Solitude (UCLA) :**
SGM+TSA > TSA = SGM > Groupe de comparaison
($F(3, 81\ 761) = 844.00$, $\eta^2 = .030$)
- **Détresse psychologique (Kessler-6) :**
SGM+TSA > SGM > TSA > Groupe de comparaison
($F(3, 81\ 135) = 1668.36$, $\eta^2 = .058$)

- **Comportements auto-agressifs (NSSI) :**
SGM+TSA > SGM > TSA > Groupe de comparaison
($F(3, 78\ 662) = 1076.86, \eta^2 = .039$)
- **Risque suicidaire (SBQ-R) :**
66,6 % des SGM+TSA dépassent le seuil clinique,
contre 49,2 % SGM, 36 % TSA, et 18,5 % comparatif.
- **Tentatives de suicide sur 12 mois :**
SGM+TSA (8,4 %) > SGM (4,8 %) $\approx$ TSA (4,2 %) > Groupe de comparaison (1,8 %)

Hypothèse 3 : Engagement dans les soins de santé mentale

Des analyses du chi carré ont été utilisées pour comparer les **statuts de traitement en santé mentale** parmi les quatre groupes.

Les résultats révèlent des différences significatives selon les groupes pour l'ensemble des troubles psychiatriques évalués, notamment :

- la dépression,
- l'anxiété,
- le TDAH,
- les troubles liés aux traumatismes (ex. : TSPT),
- les troubles de l'alimentation,
- les troubles obsessionnels compulsifs (TOC),
- et le TSA lui-même.

Le **groupe SGM+TSA** est celui qui :

- **a le plus fréquemment recours à la psychothérapie combinée à une médication**, pour presque tous les troubles,
- **présente aussi les taux les plus élevés de non-recours au traitement** pour les troubles liés aux traumatismes.

Le **groupe TSA seul** montre une propension relativement **plus faible à recevoir un traitement global**, surtout en ce qui concerne la dépression et les troubles anxieux.

Pour le **TDAH**, les taux de médication sont les plus élevés dans le groupe **TSA seul**, ce qui reflète une tendance connue chez les personnes autistes diagnostiquées TDAH.

Le **groupe de comparaison** (ni TSA ni SGM) est celui qui **recourt le moins souvent** à des traitements, tous troubles confondus.

Discussion

Cette étude est la première, à notre connaissance, à examiner à grande échelle l'intersection entre le TSA et les identités de minorités sexuelles et de genre chez les étudiants de l'enseignement supérieur.

Plusieurs conclusions majeures émergent des résultats :

1. **Prévalence accrue du TSA chez les personnes SGM**

Comme prévu, la prévalence du TSA était significativement plus élevée chez les étudiants SGM que chez leurs homologues non-SGM. Ce constat soutient les résultats précédents issus de la littérature clinique et communautaire.

2. **Niveaux de stress, de détresse psychologique et de solitude accrus dans le groupe SGM+TSA**

Les étudiants présentant un double statut minoritaire (TSA + SGM) rapportent les **scores les plus élevés de stress, de solitude, de détresse mentale, de comportements auto-agressifs et de tentatives de suicide**. Ce groupe présente également les **résultats académiques les plus impactés**, ce qui vient appuyer la théorie du stress minoritaire et les cadres intersectionnels.

3. **Recours élevé aux soins mais non sans obstacles**

Le groupe SGM+TSA est paradoxalement **à la fois celui qui a le plus souvent recours aux soins (psychothérapie et médication)**, et celui qui **rapporte aussi les taux les plus élevés de détresse non traitée**, notamment pour les troubles liés aux traumatismes. Cela peut s'expliquer par une inadéquation perçue entre les approches cliniques et les besoins spécifiques de cette population.

4. **Différences notables selon les profils SGM seul vs TSA seul**

Bien que les groupes SGM seul et TSA seul partagent certaines vulnérabilités (par exemple, des scores intermédiaires de solitude ou de détresse), leurs profils ne sont pas superposables. Les **étudiants TSA seuls** semblent moins enclins à recourir à la psychothérapie, tandis que les **étudiants SGM seuls** rapportent davantage de troubles internalisés.

Limites

Plusieurs limites doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats.

Premièrement, bien que les données proviennent d'un large échantillon représentatif, les informations sont **auto-déclarées**. Cela peut introduire des biais de mémoire ou de désirabilité sociale, en particulier pour des variables sensibles comme l'identité de genre,

l'orientation sexuelle, ou le diagnostic psychiatrique. Il est donc possible que certains participants aient **minimisé ou surestimé** leurs symptômes ou leur statut diagnostique.

Deuxièmement, le **diagnostic de TSA** repose uniquement sur une réponse à une question fermée (« Avez-vous été diagnostiqué·e avec un TSA par un·e professionnel·le ? »), sans vérification clinique. Il est donc possible que certains répondants aient mal compris la question ou se soient auto-identifiés sans diagnostic formel.

Troisièmement, cette étude utilise une **conception transversale**, ce qui empêche toute conclusion de nature causale. Les relations entre identités minoritaires, détresse psychologique, et engagement dans les soins ne peuvent être interprétées que comme des **associations corrélationnelles**.

Quatrièmement, l'étude ne permet pas de **distinguer les effets propres aux minorités sexuelles de ceux liés aux minorités de genre**. Les deux dimensions sont fusionnées dans la variable SGM, ce qui limite l'analyse fine des mécanismes spécifiques à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre.

Enfin, les données ont été collectées **avant et pendant la pandémie de COVID-19**, ce qui pourrait avoir influencé les niveaux de stress, de détresse psychologique et d'accès aux soins.

Implications cliniques et pratiques

Les résultats de cette étude soulignent l'importance de prendre en compte **l'intersection des identités minoritaires** (TSA et SGM) dans les pratiques cliniques et les services de soutien en santé mentale.

Les professionnel·le·s de santé mentale devraient :

- être formé·e·s à reconnaître les **spécificités des étudiants autistes SGM**,
- éviter les approches standardisées qui négligent les particularités culturelles et neurodivergentes,
- intégrer des approches **affirmatives, inclusives, et sensibles au trauma**,
- développer des **espaces sécurisants** où les personnes concernées peuvent s'exprimer sans craindre d'être jugées ou mal comprises.

Les établissements d'enseignement supérieur devraient envisager :

- des campagnes de sensibilisation à la santé mentale tenant compte des identités multiples,

- la création de **ressources ciblées** pour les étudiants SGM autistes (groupes de soutien, accompagnement académique, services accessibles),
- une meilleure coordination entre les services de santé, les services LGBTQ+ et les dispositifs d'accompagnement du handicap.

Conclusion

Les étudiants SGM ayant un trouble du spectre de l'autisme forment une population particulièrement vulnérable au sein de l'enseignement supérieur. Cette étude apporte des **données empiriques inédites** montrant que ce groupe cumule :

- un risque accru de détresse psychologique,
- une altération fonctionnelle importante,
- un engagement dans les soins à la fois élevé et insatisfaisant.

Ces résultats mettent en lumière le **besoin urgent d'approches cliniques intégrées**, tenant compte des identités croisées. Ils plaident pour un changement de paradigme dans les politiques de santé mentale universitaire, afin de **réduire les inégalités d'accès, de reconnaissance et de prise en charge** pour les étudiants autistes SGM.
