

Cette traduction est proposée comme un service à nos lecteurs ; la version officielle du rapport, en anglais, se trouve [ici](#).

Deuxième partie

La sexualité, la santé mentale et le stress social

Par comparaison avec la population générale, les sous-populations non-hétérosexuelles et transgenres présentent des taux plus élevés de problèmes de santé mentale, tels que l'anxiété, la dépression et le suicide, ainsi que de problèmes comportementaux et sociaux tels que la toxicomanie et la violence conjugale. La cause qui est généralement avancée dans la littérature scientifique est le modèle de stress social, qui postule que les facteurs de stress social – tels que la stigmatisation et la discrimination – auxquels sont exposés les membres de ces sous-populations expliquent la disparité des problèmes de santé mentale. Des études montrent que, si les facteurs de stress social contribuent en effet à augmenter le risque de problèmes de santé mentale pour ces populations, ils n'expliquent probablement pas toute la disparité de ces résultats.

De nombreuses questions concernant l'orientation sexuelle et l'identité de genre restent controversées parmi les chercheurs, mais le constat autour duquel s'articule toute cette deuxième partie recueille un large consensus, à savoir que les sous-populations de lesbiennes, d'homosexuels, de bisexuels et de transgenres (LGBT) sont plus exposées à une longue série de problèmes de santé mentale que la population générale. En revanche, les causes de ce risque supérieur, et par conséquent les approches sociales et cliniques susceptibles de contribuer à diminuer ce risque, sont moins évidentes. Dans cette partie du rapport, nous allons examiner certains travaux de recherche qui documentent ce risque accru en nous centrant sur des articles fondés sur des données et sur une méthodologie solide, et qui sont largement cités dans la littérature scientifique.

Un nombre important et croissant de travaux de recherche examine les relations entre la sexualité ou les comportements sexuels et l'état de santé mentale. La première moitié de cette partie analyse les associations d'identités ou de comportements sexuels avec des troubles psychiatriques (tels que les troubles de l'humeur, les troubles de l'anxiété et les troubles d'adaptation), avec le suicide et avec la violence conjugale. La seconde moitié explore les raisons de l'augmentation des risques d'apparition de ces problèmes parmi les populations non-hétérosexuelles et transgenres, et analyse les contributions des recherches en sciences sociales au sujet d'une des explications les plus courantes de ces risques : le modèle de stress social. Nous verrons que les facteurs de stress social comme le harcèlement et le stigmate expliquent probablement une partie, mais pas l'intégralité, des risques élevés de santé mentale auxquels ces populations sont exposées. D'autres recherches doivent être menées pour comprendre les causes et les solutions possibles de ces importants problèmes de santé clinique et publique.

Quelques remarques préliminaires

Nous examinerons d'abord l'existence évidente de liens statistiques entre les identités ou comportements sexuels et les problèmes de santé mentale. Avant de résumer les recherches pertinentes sur cette question, nous devons citer les critères utilisés dans la sélection des études passées en revue. Dans le souci de présenter les conclusions générales d'un nombre important de travaux de recherche, chaque section commence par résumer les méta-analyses les plus complètes et les plus fiables, notamment des articles recueillant et analysant les données statistiques de la littérature de recherche publiée. Nous avons constaté que certains domaines de recherche n'ont fait l'objet d'aucune méta-analyse globale. Dans ce cas, nous nous appuyons sur des articles de synthèse qui résument la littérature de recherche sans entrer dans des analyses quantitatives des données publiées. Outre le fait de commenter ces résumés, nous examinons également quelques études soigneusement choisies qui se révèlent particulièrement utiles du fait de leur méthodologie, de la taille des échantillons, des contrôles des facteurs de confusion ou du mode d'opérationnalisation de concepts comme l'hétérosexualité ou l'homosexualité. Enfin, nous abordons certaines études clefs apparues après la publication des méta-analyses ou des articles de synthèse.

Comme nous l'avons indiqué dans la première partie, la détermination des origines biologiques et psychologiques exactes des désirs et des comportements sexuels est une tâche scientifique difficile, qui n'a pas encore été – et qui ne le sera peut-être jamais – résolue de façon satisfaisante. Ceci dit, les chercheurs peuvent étudier les corrélations entre le comportement, l'attirance ou l'identité sexuels et les conséquences sur la santé mentale, tout en sachant qu'il peut exister – et qu'il existe souvent – des différences dans le rapport existant entre le comportement, l'attirance et l'identité sexuels et les conséquences sur la santé mentale. Il est nécessaire de comprendre l'ampleur des problèmes de santé auxquels sont exposées les personnes ayant des comportements sexuels particuliers ou éprouvant certaines attirances sexuelles, afin de leur fournir les soins dont elles ont besoin.

Sexualité et santé mentale

Dans une méta-analyse de recherche sur les conséquences sur la santé mentale des non-hétérosexuels publiée en 2008, le professeur de psychiatrie à l'University College London, Michael King, et ses collègues ont conclu que les homosexuels, lesbiennes et bisexuels sont exposés à « un risque plus élevé de comportement suicidaire, de trouble mental, d'abus et de dépendance de substances que les hétérosexuels »¹. Cet examen de la recherche a analysé des articles publiés entre janvier 1966 et avril 2005 à partir de données provenant de 214 344 hétérosexuels et de 11 971 non-hétérosexuels. Ce vaste échantillon a permis aux auteurs d'obtenir des estimations hautement fiables, comme l'indiquent les intervalles de confiance relativement étroits².

Après avoir compilé les risques relatifs observés dans ces articles, les auteurs ont estimé que les lesbiennes, homosexuels et bisexuels avaient 2,47 fois plus de chances que les hétérosexuels de commettre des tentatives de suicide au cours de leur vie³, qu'ils avaient environ deux fois plus de chances de souffrir de dépression sur une période de douze mois⁴ et qu'ils avaient environ 1,5 fois plus de chances de souffrir de troubles de l'anxiété⁵. Les non-hétérosexuels des deux sexes avaient de très fortes chances de présenter des problèmes de toxicomanie (1,51 fois de plus)⁶, le risque des femmes non-hétérosexuelles étant particulièrement élevé (3,42 fois de plus que les femmes hétérosexuelles)⁷. De leur côté, les hommes non-hétérosexuels présentaient un risque particulièrement élevé de commettre des tentatives de suicide : alors que les non-hétérosexuels des deux sexes avaient ensemble 2,47 fois plus de chances de commettre des

tentatives de suicide au cours de leur vie, ce risque était 4,28 fois plus élevé chez les hommes non-hétérosexuels⁸.

D'autres études sont arrivées aux mêmes conclusions, notamment aux États-Unis et dans d'autres pays, confirmant ainsi une tendance constante et alarmante. Il existe cependant une variation considérable dans les estimations des risques accrus de différents problèmes de santé mentale selon la façon dont les chercheurs définissent des termes tels que « homosexuels » ou « non-hétérosexuels ». Les conclusions de l'étude de 2010 réalisée par le professeur des soins infirmiers et de santé de la Northern Illinois University, Wendy Bostwick, et ses collègues ont examiné des associations entre l'orientation sexuelle et les troubles de l'humeur et de l'anxiété chez des hommes et des femmes qui se sont identifiés comme homosexuels, lesbiennes ou bisexuels, ou qui ont déclaré maintenir des rapports sexuels avec des partenaires du même sexe, ou qui ont déclaré éprouver de l'attraction pour des personnes du même sexe. L'étude a utilisé un vaste échantillon aléatoire de population basé aux États-Unis et des données issues de la vague 2004-2005 de l'enquête épidémiologique nationale sur l'alcool et les conditions connexes, qui reposait sur 34 653 entretiens⁹. Dans cet échantillon, 1,4 % des répondants s'étaient identifiés comme lesbiennes, homosexuels ou bisexuels ; 3,4 % avaient déclaré avoir maintenu, au cours de leur existence, des rapports avec des personnes du même sexe ; et 5,8 % avaient déclaré ressentir des attractions non-hétérosexuelles¹⁰.

Des femmes qui s'étaient déclarées lesbiennes, bisexuelles ou « pas sûres de leur identité sexuelle » présentaient des risques plus élevés de souffrir de troubles de l'humeur au cours de leur existence que les femmes qui s'étaient déclarées hétérosexuelles : le taux de prévalence était de 44,4 % chez les lesbiennes, de 58,7 % chez les bisexuelles et de 36,5 % chez les femmes pas sûres de leur identité sexuelle, contre 30,5 % chez les hétérosexuelles. Une tendance semblable a été observée pour les troubles de l'anxiété, où les femmes bisexuelles présentaient la plus haute prévalence, suivies des lesbiennes et des femmes pas sûres de leur identité sexuelle, tandis que les hétérosexuelles avaient la plus faible prévalence. Si l'on examine les données pour les femmes ayant un *comportement* sexuel différent ou une *attraction* sexuelle différente (plutôt que d'examiner leur identité), celles qui déclaraient avoir des rapports sexuels ou des attractions à la fois pour les hommes et pour les femmes avaient plus de chances de souffrir de troubles au cours de leur existence que les femmes qui déclaraient avoir des rapports ou des attractions exclusivement hétérosexuels ou homosexuels, tandis que les femmes qui déclaraient avoir des rapports ou des attractions exclusivement pour le même sexe avaient *le moins* de chances de souffrir de troubles de l'humeur et de l'anxiété au cours de leur existence¹¹.

Les hommes qui s'identifiaient comme homosexuels avaient une prévalence plus de deux fois supérieure des troubles de l'humeur que les hommes qui se déclaraient hétérosexuels (42,3% contre 19,8 %) et plus de deux fois plus de chances de souffrir de troubles de l'anxiété au cours de leur existence (41,2 % contre 18,6 %), tandis que ceux qui s'identifiaient comme bisexuels avaient légèrement moins de chances de souffrir de troubles de l'humeur (36,9 %) et de troubles de l'anxiété (38,7 %) que les hommes homosexuels. En ce qui concerne l'attraction ou le comportement sexuels des hommes, ceux qui ont déclaré avoir une attraction sexuelle pour « les hommes principalement » ou des rapports sexuels avec « à la fois des hommes et des femmes » avaient la plus haute prévalence des troubles de l'humeur et de l'anxiété au cours de leur existence par comparaison avec les autres groupes, tandis que ceux qui ont déclaré avoir une attraction ou des rapports uniquement hétérosexuels avaient la plus faible prévalence de tous les groupes.

D'autres études ont permis de constater que les populations non-hétérosexuelles ont plus de chances d'avoir des problèmes de santé physique en plus des problèmes de santé mentale. Une étude de 2007 réalisée par la professeur d'épidémiologie d'UCLA, Susan Cochran, et ses collègues a examiné des données de l'enquête sur la qualité de vie en Californie portant sur 2 272 adultes

pour évaluer les liens entre l'orientation sexuelle et l'état de santé physique auto-déclaré, les problèmes de santé et l'invalidité, ainsi que la détresse psychologique chez les lesbiennes, les homosexuels, les bisexuels et ceux qui se sont identifiés comme des « individus hétérosexuels possédant une expérience homosexuelle »¹². Si cette étude, comme dans la plupart des cas, était limitée par l'utilisation de l'auto-déclaration des états de santé, elle présentait néanmoins plusieurs points forts, entre autres l'étude d'un échantillon de population, la mesure séparée des dimensions de l'identité et du comportement de l'orientation sexuelle, et le suivi d'une série de facteurs, parmi lesquels la race (ethnie), l'éducation, le statut de relations et les revenus familiaux.

Alors que les auteurs de cette étude ont observé une série d'états de santé présentant des prévalences élevées parmi les non-hétérosexuels, après avoir ajusté les facteurs démographiques – qui sont des facteurs potentiels de confusion –, le seul groupe qui présentait une prévalence significativement plus élevée des problèmes de santé physique non liés au VIH était celui des femmes bisexuelles, qui avaient plus de chances d'avoir des problèmes de santé que les femmes hétérosexuelles. Confirmant l'étude réalisée en 2010 par Bostwick et ses collègues, des taux plus élevés de stress psychologique ont été déclarés par les lesbiennes, les bisexuelles, les homosexuels et les hétérosexuels possédant une expérience homosexuelle, à la fois avant et après l'ajustement des facteurs de confusion démographique. Chez les hommes, les répondants qui se sont déclarés homosexuels et hétérosexuels possédant une expérience homosexuelle présentaient les taux les plus élevés d'une série de problèmes de santé.

Utilisant la même enquête sur la qualité de vie en Californie, une étude menée en 2009 par la professeur de psychiatrie et de sciences bio-comportementales de l'UCLA, Christine Grella, et ses collègues (dont Cochran) a examiné les relations entre l'orientation sexuelle et le suivi d'un traitement pour consommation de substances ou troubles mentaux¹³. Ils ont utilisé un échantillon de population comprenant une surreprésentation de minorités sexuelles afin d'obtenir un plus grand poids statistique capable de faire ressortir des différences entre les groupes. Le recours à un traitement a été classé selon que les répondants déclaraient ou non avoir reçu, au cours des douze derniers mois, des traitements pour « des problèmes émotionnels, de santé mentale, d'alcool ou de drogues ». L'orientation sexuelle a été opérationnalisée par une combinaison d'historique comportemental et d'auto-identification. Ainsi, ils ont regroupé dans les catégories « homosexuel/bisexuel » ou « lesbienne/bisexuelle » tous les individus qui se sont identifiés comme homosexuels, lesbiennes ou bisexuels et ceux qui ont déclaré avoir des rapports sexuels avec des partenaires du même sexe. Ils ont constaté que les femmes lesbiennes ou bisexuelles étaient celles qui avaient le plus de chances d'avoir reçu un traitement, suivies des hommes homosexuels ou bisexuels, puis des femmes hétérosexuelles, tandis que les hommes hétérosexuels formaient le groupe ayant le moins de chances d'avoir suivi un traitement. Dans l'ensemble, plus de deux fois plus d'individus LGB, par comparaison avec les hétérosexuels, avaient déclaré avoir suivi un traitement au cours des douze derniers mois (48,5 % contre 22,5 %). La tendance était semblable pour les hommes et pour les femmes : 42,5 % des hommes homosexuels contre 17,1 % des hommes hétérosexuels avaient déclaré avoir suivi un traitement, tandis que 55,3 % des lesbiennes et des bisexuelles contre 27,1 % des femmes hétérosexuelles avaient déclaré avoir suivi un traitement. (Bostwick et ses collègues ont constaté que les femmes qui avaient des attirances et des rapports sexuels exclusivement avec des partenaires du même sexe avaient une plus faible prévalence des troubles de l'humeur et de l'anxiété par rapport aux femmes hétérosexuelles. La différence de résultats pourrait être due au fait que Grella et ses collègues avaient regroupé les personnes qui s'étaient identifiées comme lesbiennes avec celles qui s'étaient identifiées comme bisexuelles ou qui avaient déclaré maintenir des rapports sexuels avec des partenaires du même sexe.)

Une étude menée en 2006 par le professeur de psychiatrie de la Columbia University, Theodorus Sandfort, et ses collègues a examiné un échantillon de population issu de la deuxième enquête nationale néerlandaise de médecine générale, réalisée en 2001, pour évaluer les liens entre l'orientation sexuelle et l'état de santé auto-déclaré parmi 9 511 participants, dont 0,9 % était classé bisexuel et 1,5 % homosexuel ou lesbienne¹⁴. Pour opérationnaliser l'orientation sexuelle, les chercheurs ont demandé aux répondants d'indiquer leur préférence sexuelle sur une échelle de 5 points : exclusivement des femmes, principalement des femmes, autant de femmes que d'hommes, principalement des hommes et exclusivement des hommes. Seuls les individus ayant déclaré une préférence égale pour les hommes et pour les femmes ont été classés comme bisexuels, tandis que les hommes ayant déclaré une préférence prédominante pour les femmes ou les femmes une préférence prédominante pour les hommes ont été classés comme hétérosexuels. Ils ont constaté que les répondants homosexuels, lesbiennes et bisexuels ont révélé un plus grand nombre de problèmes graves de santé mentale et une plus mauvaise santé mentale générale que les hétérosexuels. Par contre, les résultats concernant la santé physique étaient mitigés : les répondants lesbiennes et homosexuels ont déclaré avoir eu des symptômes physiques plus aigus (tels que des maux de tête, de dos ou de gorge) au cours des quatorze derniers jours, même s'ils n'ont pas déclaré avoir eu deux ou plus de ces symptômes que les hétérosexuels.

Les répondants lesbiennes et homosexuels avaient plus de chances de déclarer des problèmes de santé chroniques, même si les hommes bisexuels (c'est-à-dire les hommes ayant déclaré avoir une préférence égale pour les hommes et pour les femmes) avaient moins de chances de déclarer des problèmes de santé chroniques et que les femmes bisexuelles n'avaient pas plus de chances de le faire que les femmes hétérosexuelles. Les chercheurs n'ont pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'orientation sexuelle et la santé physique générale. Après avoir maîtrisé les éventuels effets de confusion des problèmes de santé mentale sur la déclaration des problèmes de santé physique, les chercheurs ont également observé que l'effet statistique de la déclaration d'une préférence homosexuelle ou lesbienne sur des problèmes physiques graves disparaissait, même si l'effet de la préférence bisexuelle subsistait.

L'étude de Sandfort définissait l'orientation sexuelle en termes de préférence ou d'attraction sans faire référence au comportement ou à l'auto-identification, ce qui rend difficile la comparaison de ses résultats avec ceux des études qui opérationnalisent différemment l'orientation sexuelle. Par exemple, il est difficile de comparer les conclusions de cette étude concernant les bisexuels (définis comme les hommes et les femmes déclarant avoir une préférence sexuelle égale pour les hommes et pour les femmes) avec les conclusions d'autres études concernant les « individus hétérosexuels possédant une expérience homosexuelle » ou ceux qui ne sont « pas sûrs » de leur identité sexuelle. Comme dans la plupart de ce type d'études, les évaluations sur la santé ont été auto-déclarées, ce qui peut rendre les résultats peu fiables. Ceci dit, cette étude présente également plusieurs points forts : elle a utilisé un vaste échantillon représentatif de la population d'un pays, contrairement aux échantillons de commodité qui sont parfois utilisés pour ce genre d'études, et cet échantillon comptait un nombre suffisant d'homosexuels et de lesbiennes pour permettre le traitement de leurs données dans des groupes séparés dans les analyses statistiques de l'étude. Seuls trois individus de l'échantillon ont déclaré une infection par VIH, raison pour laquelle le VIH ne semble pas être un facteur de confusion, même s'il est possible qu'il ait été sous-déclaré.

Dans le but de résumer les conclusions dans ce domaine, nous pouvons citer le rapport de 2011 de l'Institut de Médecine (IOM), *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People*¹⁵. Ce rapport est un vaste examen de la littérature scientifique citant des centaines d'études qui examinent l'état de santé des populations LGBT. Les auteurs sont des scientifiques qui connaissent tous très bien ces questions (même si nous aurions souhaité une plus grande

participation d'experts en psychiatrie). Le rapport analyse les conclusions observées sur la santé physique et mentale pendant l'enfance, l'adolescence, le début et le milieu de l'âge adulte, et à la fin de l'âge adulte. Confirmant les études susmentionnées, ce rapport examine les éléments montrant que, par comparaison avec les jeunes hétérosexuels, les jeunes LGB présentent un risque plus élevé de souffrir de dépression, de commettre des tentatives de suicide et d'avoir des idées suicidaires. Ils ont également plus de chances de faire l'objet de violence et de harcèlement et de se retrouver sans abri. Les individus LGB au début ou au milieu de l'âge adulte sont plus exposés aux troubles de l'humeur et de l'anxiété, à la dépression, aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide.

Le rapport de l'IOM montre que, à l'instar des jeunes LGB, les adultes LGB – et en particulier les femmes – ont plus de chances que les hétérosexuels de fumer, de consommer ou d'abuser de l'alcool et d'autres drogues. Le rapport cite une étude¹⁶ qui a montré que les non-hétérosexuels auto-déclarés utilisaient plus souvent les services de santé mentale que les hétérosexuels et une autre étude¹⁷ indiquant que les lesbiennes utilisaient plus souvent les services de santé mentale que les hétérosexuels.

Le rapport de l'IOM souligne que « les homosexuels et les lesbiennes ont fait l'objet de plus de recherches que les bisexuels et les transgenres »¹⁸. Les études relativement rares visant les populations transgenres révèlent des taux élevés de troubles mentaux, mais l'utilisation d'échantillons non aléatoires et l'absence de groupes témoin non-transgenres remettent en question la validité de ces études¹⁹. Bien que certaines études aient suggéré que l'utilisation de traitements hormonaux pourrait être associée à des problèmes de santé physique parmi les populations transgenres, le rapport signale que les recherches pertinentes sont « limitées » et qu'« aucun essai clinique n'a été réalisé sur cette question »²⁰. (Les conséquences sur la santé pour les individus transgenres seront analysées plus loin dans cette partie et dans la troisième partie).

Le rapport de l'IOM affirme que la conclusion selon laquelle les populations LGBT ont plus de problèmes de santé physique et mentale n'est pas tout à fait concluante. Pour étayer cette affirmation, ce rapport mentionne une étude²¹ de 2001 réalisée sur la santé mentale de 184 paires de sœurs dans lesquelles l'une était lesbienne et l'autre hétérosexuelle. L'étude n'a pas trouvé de différence significative dans les taux de problèmes de santé mentale et a observé un niveau significativement plus élevé d'estime de soi chez les sœurs lesbiennes. Le rapport de l'IOM cite également une étude²² de 2003 qui n'a pas constaté de différence significative entre les hommes hétérosexuels et les homosexuels ou bisexuels en ce qui concerne le bonheur en général, la santé perçue et la satisfaction au travail. Bien que reconnaissant ces réserves et les études qui ne soutiennent pas la tendance générale, la grande majorité des études citées dans le rapport montre l'existence d'un risque généralement plus élevé de problèmes de santé mentale parmi les populations LGBT que parmi les populations hétérosexuelles.

Sexualité et suicide

L'association entre l'orientation sexuelle et le suicide jouit d'un important soutien scientifique. Cette association mérite une attention particulière car, parmi tous les risques de santé mentale, le risque élevé de suicide est le plus préoccupant, d'une part parce que les données sont claires et solides à ce sujet, et d'autre part parce que le suicide a un effet dévastateur et tragique sur la personne, sur la famille et sur la communauté. Une meilleure compréhension des facteurs de risque de suicide pourrait nous permettre littéralement de sauver des vies²³.

La sociologue et chercheuse en suicide Ann Haas et ses collègues ont publié en 2011 un long article de synthèse fondé sur les résultats d'une conférence de 2007 parrainée par l'Association médicale des homosexuels et des lesbiennes, la Fondation américaine pour la prévention du suicide et le Centre des ressources de prévention du suicide²⁴. Ils ont également

examiné des études réalisées depuis la conférence de 2007. Dans le cadre de leur rapport, les auteurs ont défini l'orientation sexuelle comme « l'auto-identification sexuelle, le comportement sexuel et l'attirance ou les fantasmes sexuels »²⁵.

Haas et ses collègues ont observé que l'association entre l'orientation homosexuelle ou bisexuelle et les tentatives de suicide est solidement étayée par les données. Ils ont constaté que les enquêtes de population d'adolescents américains menées depuis les années 1990 indiquent que les tentatives de suicide sont de deux à sept fois plus probables parmi les étudiants du secondaire qui se déclarent LGB et que l'orientation sexuelle est un indicateur plus solide chez les garçons que chez les filles. Ils ont examiné des données de Nouvelle-Zélande qui suggéraient que les individus LGB avaient six fois plus de chances de tenter de se suicider. Ils ont cité des enquêtes menées sur la santé d'hommes et de femmes américains et néerlandais qui indiquaient que la pratique de rapports sexuels avec un partenaire du même sexe était associée à un risque plus élevé de tentatives de suicide. Les études citées dans le rapport montraient que les femmes lesbiennes ou bisexuelles avaient, en moyenne, plus de chances d'avoir des idées suicidaires ; que les hommes homosexuels ou bisexuels avaient, en moyenne, plus de chances de se suicider ; et que les tentatives de suicide commises parmi les non-hétérosexuels au cours de leur vie étaient plus élevées chez les hommes que chez les femmes.

Après avoir examiné des études portant sur la relation entre les taux de troubles mentaux et le comportement suicidaire, Haas et ses collègues ont analysé une étude²⁶ de Nouvelle-Zélande montrant que les homosexuels qui avaient déclaré des tentatives de suicide présentaient des taux plus élevés de dépression, d'anxiété et de troubles du comportement. Des études menées à grande échelle sur la santé suggéraient que les taux d'abus de substances étaient jusqu'à un tiers plus élevés dans la sous-population LGB. Des études combinées à l'échelle mondiale révélaient jusqu'à 50 % de plus de troubles mentaux et d'abus de substances parmi les personnes s'étant auto-identifiées comme lesbiennes, homosexuelles ou bisexuelles dans les enquêtes. En outre, les femmes lesbiennes ou bisexuelles présentaient des taux supérieurs d'abus de substances, tandis que les hommes homosexuels ou bisexuels avaient des taux supérieurs de dépression et de trouble panique.

Haas et ses collègues ont également examiné les populations transgenres et ont observé qu'il existe peu d'informations disponibles sur les suicides de transgenres, mais que les études existantes indiquent une hausse spectaculaire du risque de suicide réussi. (Ces conclusions sont mentionnées ici, mais elles seront examinées de façon plus détaillée dans la troisième partie). Une étude²⁷ clinique de 1997 a observé des risques élevés de suicide chez les individus transsexuels hommes-femmes néerlandais qui suivaient un traitement hormonal, mais n'a pas trouvé de différence significative en mortalité générale. Une étude internationale de 1998 portant sur 2 000 personnes ayant subi une intervention de changement de sexe a identifié 16 suicides possibles, un « taux anormalement élevé de 800 suicides par tranche de 100 000 transsexuels postopératoires »²⁸. Dans une étude de 1984, un échantillon clinique d'individus transgenres ayant demandé une intervention de changement de sexe a montré des taux de tentatives de suicide situés entre 19 % et 25 %²⁹. Et un vaste échantillon de 40 000 bénévoles, de nationalité américaine pour la plupart, ayant répondu en 2000 à une enquête sur Internet a permis de constater que les transgenres ont déclaré des taux de tentatives de suicide plus élevés que n'importe quel autre groupe, hormis les lesbiennes³⁰.

Enfin, l'étude de Haas et de ses collègues ne permet pas d'établir clairement quels sont les aspects de la sexualité (identité, attirance, comportement) qui sont les plus étroitement liés au risque de comportement suicidaire. Les auteurs citent une étude³¹ de 2010 qui montre que les adolescents qui s'identifiaient comme hétérosexuels, tout en déclarant avoir une attirance ou des rapports sexuels avec des partenaires du même sexe, ne présentaient pas de taux de suicide

significativement plus élevés que les autres adolescents s'étant déclarés hétérosexuels. Ils ont également cité la grande enquête nationale menée sur des adultes américains par Wendy Bostwick et ses collègues (analysée plus haut)³², qui indiquait que les troubles de l'humeur et de l'anxiété – facteurs de risque déterminants dans le comportement suicidaire – sont plus étroitement liés à la propre identité sexuelle qu'au comportement ou à l'attraction, en particulier pour les femmes.

Un examen critique plus récent des études réalisées sur le risque de suicide et l'orientation sexuelle a été présenté par le psychologue clinique autrichien Martin Plöderl et ses collègues³³. Cet examen rejette plusieurs hypothèses développées pour expliquer le risque élevé de suicide parmi les non-hétérosexuels, et notamment l'existence de biais dans l'auto-déclaration et de mesures imprécises des tentatives de suicide. Cette analyse affirme que les améliorations méthodologiques réalisées dans les études depuis 1997 ont apporté des groupes témoin, une meilleure représentativité des échantillons des études et une plus grande clarté dans la définition à la fois des tentatives de suicide et de l'orientation sexuelle.

L'analyse mentionne une étude³⁴ de 2001 réalisée par Ritch Savin-Williams, un professeur de psychologie du développement de la Cornell University, qui n'a pas établi de différence statistiquement significative entre les jeunes hétérosexuels et les jeunes LGBT, après avoir éliminé les fausses déclarations positives de tentatives de suicide et après avoir critiqué qu'un « douloureux scénario suicidaire » avait provoqué une déclaration excessive de comportement suicidaire parmi les jeunes homosexuels masculins. Plöderl et ses collègues affirment cependant que la conclusion de l'étude de Savin-Williams, selon laquelle il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les taux de suicide des jeunes LGBT et hétérosexuels, pouvait être due à la taille réduite de l'échantillon, qui a donné un faible poids statistique³⁵. Les travaux suivants n'ont pas repris en compte cette conclusion. Des études ultérieures, fondées sur des questionnaires ou des entretiens et utilisant des définitions plus strictes de la tentative de suicide, ont constaté des taux significativement élevés de tentatives de suicide parmi les non-hétérosexuels. Plusieurs enquêtes menées à grande échelle sur les jeunes ont montré que le risque élevé de comportement suicidaire déclaré augmentait avec la gravité des tentatives³⁶. Enfin, d'après Plöderl et ses collègues, si l'on compare les résultats des questionnaires avec ceux des entretiens cliniques, on constate que les jeunes homosexuels sont moins susceptibles de surdéclarer des tentatives de suicide dans des enquêtes que les jeunes hétérosexuels.

Plöderl et ses collègues ont conclu que, parmi les patients psychiatriques, les populations homosexuelles ou bisexuelles sont surreprésentées dans les « tentatives de suicide graves » et que l'orientation sexuelle est un des principaux indicateurs de suicide. De façon analogue, dans les études de population non-cliniques, le statut de non-hétérosexuel apparaît comme un des principaux indicateurs de tentatives de suicide. Les auteurs ajoutent le commentaire suivant :

La collecte la plus exhaustive d'études internationales publiées et non publiées sur l'association entre les tentatives de suicide et l'orientation sexuelle à l'aide de différentes méthodologies a donné une image très cohérente : presque toutes les études ont observé des incidences élevées de tentatives de suicide auto-déclarées parmi les minorités sexuelles³⁷.

Tout en reconnaissant les difficultés que pose ce type de recherche, les auteurs suggèrent que « le principal problème reste de savoir où l'on trace la ligne entre l'orientation hétérosexuelle et la non-hétérosexuelle »³⁸.

Une étude réalisée en 1999 par Richard Herrell et ses collègues a analysé 103 paires de jumeaux masculins d'un âge moyen, issus du Registre des jumeaux de l'époque du Vietnam à

Hines (Illinois), dans laquelle un jumeau, mais pas l'autre, avait déclaré avoir eu un partenaire sexuel masculin après l'âge de 18 ans³⁹. L'étude a adopté différentes mesures de suicidalité et a contrôlé des facteurs potentiels de confusion tels que l'abus de substances ou la dépression. Elle a constaté une « prévalence de symptômes suicidaires considérablement plus élevée au cours de la vie » des jumeaux masculins qui avaient des rapports sexuels avec des hommes que chez les autres jumeaux qui n'avaient pas ce type de relation, indépendamment des effets potentiels de confusion de l'abus de drogue et d'alcool⁴⁰. Bien qu'il s'agisse d'une étude relativement petite et qu'elle dépende de l'auto-déclaration à la fois pour les rapports sexuels maintenus avec des partenaires du même sexe et pour les idées ou comportements suicidaires, elle est intéressante parce qu'elle a utilisé non seulement un échantillon aléatoire (qui élimine les biais de sélection), mais aussi la méthode de contrôle par le cojumeau (qui réduit les effets de la génétique, de l'âge, de la race, etc.). L'étude a porté sur des individus d'un âge moyen, ce qui ne permet pas de déterminer clairement les implications qu'elle pourrait avoir pour les adolescents.

Dans une étude de 2011, Robin Mathy et ses collègues ont analysé l'impact de l'orientation sexuelle sur les taux de suicide au Danemark pendant les douze premières années consécutives à la légalisation, dans ce pays, des partenariats domestiques enregistrés (RDP) de même sexe, en utilisant des données issues des certificats de décès émis entre 1990 et 2001 ainsi que les estimations du recensement de la population danoise⁴¹. Les chercheurs ont constaté que le taux de suicide, ajusté selon l'âge, des hommes dans des RDP de même sexe était près de huit fois supérieur à celui des hommes dans les unions hétérosexuelles et près de deux fois supérieur à celui des hommes qui ne s'étaient jamais mariés. Pour les femmes, le statut RDP avait un faible impact, statistiquement insignifiant, sur le risque de mortalité par suicide. Par ailleurs, les auteurs ont émis l'hypothèse que l'impact du statut VIH sur la santé des homosexuels pourrait avoir contribué à cette différence de résultats entre les hommes et les femmes. L'étude est limitée par le fait que le statut RDP est une mesure indirecte de l'orientation ou du comportement sexuels et qu'il n'inclut pas les homosexuels et les lesbiennes qui ne constituent pas un partenariat domestique enregistré. L'étude a également exclu les individus de moins de 18 ans. Enfin, le nombre absolu d'individus possédant ou ayant possédé le statut RDP était relativement faible, ce qui peut limiter les conclusions de l'étude.

Le professeur de pédiatrie Gary Remafedi et ses collègues ont publié une étude de 1991 portant sur 137 hommes âgés de 14 à 21 ans qui s'étaient identifiés comme homosexuels (88 %) ou bisexuels (12 %). Remafedi et ses collègues ont essayé, à travers une approche cas-témoin, de déterminer les facteurs qui prédisposaient le plus à un suicide dans cette population⁴². Par comparaison avec ceux qui ne l'avaient pas essayé, ceux qui avaient tenté de se suicider étaient significativement plus susceptibles de s'étiqueter eux-mêmes et de s'identifier publiquement comme bisexuels ou homosexuels à un plus jeune âge, et de déclarer avoir été victimes d'abus sexuels et de consommer des drogues illicites. Les auteurs ont signalé que la probabilité d'une tentative de suicide « diminuait selon que l'individu qui se déclare bisexuel ou homosexuel avance en âge ». Concrètement, « les chances de commettre une tentative de suicide diminuaient de plus de 80 % pour chaque année de retard dans l'auto-identification »⁴³. Cette étude est limitée par l'utilisation d'un échantillon non aléatoire relativement petit, bien que les auteurs signalent que ses résultats concordent avec leur conclusion⁴⁴ précédente – qui indiquait l'existence d'un rapport inverse entre les problèmes psychosociaux et l'âge auquel l'individu s'identifie comme homosexuel.

Dans une étude de 2010, Plöderl et ses collègues ont demandé des auto-déclarations de tentatives de suicide parmi 1 382 adultes autrichiens afin de confirmer la preuve que les individus homosexuels et bisexuels sont exposés à un risque plus élevé⁴⁵. Pour affiner ces résultats, les auteurs ont développé des définitions plus rigoureuses de la « tentative de suicide » et ont évalué

de multiples dimensions de l'orientation sexuelle en faisant la distinction entre fantasmes sexuels, partenaires préférés, auto-identification, rapports sexuels récents et comportement sexuel au cours d'une vie. L'étude a constaté l'existence d'un risque accru de tentatives de suicide pour les minorités sexuelles dans toutes les dimensions de l'orientation sexuelle. Pour les femmes, les augmentations de risque étaient les plus élevées chez celles qui avaient des rapports homosexuels ; pour les hommes, elles étaient les plus élevées chez ceux qui avaient eu des rapports homosexuels et bisexuels dans les douze mois précédents et chez ceux qui s'étaient auto-identifiés comme homosexuels ou bisexuels. Les individus qui s'étaient déclarés peu sûrs de leur identité avaient déclaré le pourcentage le plus élevé (44 %) de tentatives de suicide, même si ce groupe était réduit et comprenait moins d'1 % des participants.

Une méta-analyse de 2016 réalisée par l'étudiant diplômé de l'Université de Toronto, Travis Salway Hottes, et ses collègues a agrégé des données de trente études transversales sur les tentatives de suicide, qui regroupaient un total de 21 201 adultes appartenant à des minorités sexuelles⁴⁶. Ces études ont utilisé soit un échantillon de population, soit un échantillon communautaire. Sachant que toute méthode d'échantillonnage possède ses points forts et ses biais possibles⁴⁷, les chercheurs ont voulu examiner les différences pouvant exister dans les taux de tentatives de suicide entre les deux types d'échantillonnage. Sur les répondants LGB des enquêtes de population, 11 % ont déclaré avoir essayé au moins une fois de se suicider, contre 4 % des répondants hétérosexuels de l'enquête⁴⁸. Sur les répondants LGB des enquêtes communautaires, 20 % ont déclaré avoir essayé de se suicider⁴⁹. L'analyse statistique a montré que la différence entre les méthodes d'échantillonnage expliquait 33 % de la variation des taux de suicide déclarés dans les études.

Les recherches sur la sexualité et sur le risque de suicide suggèrent que les individus qui s'identifient comme homosexuels, lesbiennes, bisexuels ou transgenres, ou ceux qui ressentent une attirance ou qui maintiennent des rapports sexuels avec des personnes du même sexe présentent un risque substantiellement supérieur d'avoir des idées suicidaires, d'essayer de se suicider et de se suicider. Dans une section ultérieure de cette deuxième partie, nous examinerons et débattrons une série d'arguments avancés pour expliquer ces constatations. Compte tenu des conséquences tragiques que peuvent avoir des informations inadéquates ou incorrectes sur ces questions, ainsi que de leurs effets sur la politique publique et les soins cliniques, il est indispensable de mener d'autres travaux de recherche en vue d'élucider les raisons de ce risque élevé de suicide parmi les minorités sexuelles.

Sexualité et violence exercée par un partenaire intime

Plusieurs études ont examiné les différences entre les taux de violence exercée par un partenaire intime (VPI) au sein de couples homosexuels et de couples hétérosexuels. La littérature examine les taux de *victimisation* associée à la VPI (le fait de subir la violence exercée par un partenaire) et les taux de *perpétration* de VPI (le fait de commettre un acte de violence sur un partenaire). Outre la violence physique et sexuelle, certaines études analysent également la violence psychologique, qui comprend les attaques verbales, les menaces et d'autres formes semblables de violence. Les éléments de preuve indiquent que le taux de violence exercée par un partenaire intime est significativement plus élevé parmi les couples homosexuels.

En 2014, la chercheuse à l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Ana Buller, et ses collègues ont réalisé un examen systématique de 19 études (avec une méta-analyse portant sur 17 de ces études) pour examiner les associations entre la violence exercée par un partenaire intime et la santé chez des hommes qui maintenaient des relations sexuelles avec d'autres hommes⁵⁰. Après avoir combiné ces données, ils ont observé que la prévalence groupée de VPI au cours d'une vie était de 48 % (les estimations issues de ces études étaient assez

hétérogènes, allant de 32 % à 82 %). Pour la VPI exercée au cours des cinq dernières années, la prévalence groupée était de 32 % (les estimations allaient de 16 % à 51 %). La victimisation de VPI était associée aux taux élevés de consommation de substances (rapport de cotes groupé de 1,9), au statut VIH positif (rapport de cotes groupé de 1,5) et au taux supérieur de symptômes dépressifs (rapport de cotes groupé de 1,5). La perpétration de VPI était également associée à un taux supérieur de consommation de substances (rapport de cotes groupé de 2,0). Une importante limitation de cette méta-analyse réside dans le fait qu'elle incluait un nombre relativement faible d'études. Par ailleurs, l'hétérogénéité des résultats de ces études pourrait diminuer la précision de cette méta-analyse. En outre, la plupart des études examinées ont utilisé des échantillons de commodité plutôt que des échantillons aléatoires, et elles ont utilisé le terme « partenaire » sans distinguer les relations à long terme des relations occasionnelles.

Les psychologues anglaises Sabrina Nowinski et Erica Bowen ont réalisé en 2010 un examen de 54 études sur la prévalence et les corrélations de la victimisation associée à la violence exercée par un partenaire intime parmi des hommes hétérosexuels et homosexuels⁵¹. Ces études ont révélé des taux de victimisation associée à la VPI pour les homosexuels allant de 15 % à 51 %. Par comparaison avec les hommes hétérosexuels, l'examen indiquait que « les homosexuels masculins subissaient plus de VPI totale et sexuelle, légèrement moins de VPI physique et des niveaux égaux de VPI psychologique »⁵². Les auteurs ont également signalé que, d'après les estimations de prévalence de VPI au cours des douze derniers mois, les homosexuels masculins « subissaient moins de VPI physique, psychologique et sexuelle » que les hétérosexuels, même si l'absence relative d'estimations pour les douze derniers mois pouvait rendre ce résultat peu fiable. Les auteurs ont souligné « qu'une des conclusions les plus préoccupantes était la prévalence de contraintes et de violences sexuelles graves dans les relations homosexuelles »⁵³ citant une étude⁵⁴ de 2005 sur la VPI chez des homosexuels masculins séropositifs. Nowinski et Bowen ont constaté que le statut VIH était associé à la VPI aussi bien dans les relations homosexuelles qu'hétérosexuelles. Une importante limitation de leur analyse réside dans le fait qu'un nombre important des études sur la VPI entre personnes du même sexe qu'ils ont examinées reposait sur des petits échantillons de commodité.

Catherine Finneran et Rob Stephenson de l'Emory University ont réalisé en 2012 un examen systématique de 28 études examinant la VPI parmi des hommes maintenant des rapports sexuels avec d'autres hommes⁵⁵. Chaque étude analysée dans cet examen a estimé des taux de VPI pour les homosexuels masculins qui étaient semblables ou supérieurs à ceux de toutes les femmes, indépendamment de leur orientation sexuelle. Les auteurs ont conclu que « les premiers éléments analysés démontrent que la VPI – psychologique, physique et sexuelle – atteint des taux alarmants au sein de couples homosexuels masculins »⁵⁶. La victimisation associée à la VPI physique est celle qui a été déclarée le plus souvent avec des taux allant de 12 % à 45 %⁵⁷. Le taux de victimisation associée à la VPI sexuelle se situait entre 5 % et 31 %, avec 9 études sur 19 rapportant des taux de plus 20 %. La victimisation associée à la VPI psychologique a été déclarée dans six études avec des taux allant de 5 % à 73 %⁵⁸. La perpétration de VPI physique a été déclarée dans huit études avec des taux allant de 4 % à 39%. Les taux de perpétration de VPI sexuelle se situaient entre 0,7 % et 28 % ; quatre des cinq études examinées ont déclaré des taux minimaux de 9 %. Une seule étude a mesuré la perpétration de violence psychologique et a estimé sa prévalence à 78 %. L'absence d'une structure cohérente de recherche parmi les études examinées (notamment l'existence de certaines différences dans la définition exacte de la VPI, dans les corrélations de la VPI examinée et dans les périodes de rappel pour mesurer la violence) rend impossible le calcul d'une estimation de prévalence groupée, laquelle serait utile compte tenu de l'absence d'un échantillon aléatoire national.

Une étude de 2013 menée par Naomi Goldberg et Ilan Meyer de l'UCLA a utilisé un vaste échantillon aléatoire de près de 32 000 individus issus de l'enquête californienne par entretien sur la santé pour évaluer les différences dans la violence exercée par un partenaire intime entre différentes cohortes : hétérosexuels ; individus se déclarant homosexuels, lesbiennes et bisexuels ; hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais ne s'étant déclarés ni homosexuels ni bisexuels ; et femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes, mais ne s'étant déclarées ni lesbiennes ni homosexuelles.⁵⁹ Les trois groupes LGB présentaient une plus haute prévalence de violence exercée par un partenaire intime au cours de leur existence et sur une période d'un an, mais cette différence n'était statistiquement significative que pour les femmes bisexuelles et les homosexuels masculins. Les femmes bisexuelles étaient plus susceptibles d'être victimes d'une VPI au cours de leur vie (52% des bisexuelles contre 22 % des hétérosexuelles et 32 % des lesbiennes) et de subir une VPI au cours de l'année écoulée (27 % des bisexuelles contre 5 % des hétérosexuelles et 10 % des lesbiennes). En ce qui concerne les hommes, les trois groupes non-hétérosexuels présentaient des taux plus élevés de VPI au cours de leur existence ou sur une période d'un an, mais cette prévalence n'était statistiquement significative que pour les homosexuels, qui étaient plus susceptibles de subir une VPI au cours de leur existence (27 % pour les homosexuels contre 11 % des hétérosexuels et 19,6 % des bisexuels) et au cours de l'année écoulée (12 % des homosexuels contre 5 % des hétérosexuels et 9 % des bisexuels). Les auteurs ont également cherché à savoir si la consommation excessive d'alcool et la détresse psychologique pouvaient expliquer la haute prévalence de victimisation associée à la VPI chez les homosexuels masculins et chez les femmes bisexuelles. Après avoir contrôlé ces variables, ils ont conclu que ce n'était pas le cas. Cette étude est limitée par le fait que d'autres variables psychologiques potentielles de confusion (à part la boisson et la détresse) n'ont pas été contrôlées statistiquement ni autrement, et qu'elles pourraient expliquer ces conclusions.

Pour estimer la prévalence de la victimisation causée par le tabassage entre partenaires homosexuels, le chercheur en prévention du sida, Gregory Greenwood, et ses collègues ont publié une étude de 2002 reposant sur des entretiens téléphoniques et comprenant un échantillon aléatoire de 2 881 hommes ayant des relations homosexuelles (HRH), qui a été réalisée de 1996 à 1998 dans quatre villes⁶⁰. Sur les personnes interrogées, 34 % ont déclaré avoir subi une violence psychologique ou symbolique, 22 % une violence physique et 5 % une violence sexuelle. Dans l'ensemble, 39 % ont déclaré avoir souffert d'un certain type de victimisation due à une violence grave et 18 % ont rapporté plus d'un type de violence grave au cours des cinq dernières années. Les hommes de moins de 40 ans étaient significativement plus susceptibles que les hommes de plus de 60 ans de déclarer un tabassage. Les auteurs sont arrivés à la conclusion que « la prévalence de tabassage dans le cadre des relations avec un partenaire intime était très élevée » dans leur échantillon d'hommes ayant des relations homosexuelles et, sachant que les taux au cours d'une vie sont généralement supérieurs aux taux pour une période de rappel de cinq ans, « qu'il est probable qu'un nombre considérablement plus élevé de HRH que d'hétérosexuels masculins ait subi une victimisation au cours de leur existence »⁶¹. La prévalence de tabassage sur cinq ans dans cet échantillon de HRH urbains était également « significativement plus élevée » que le taux annuel de violence grave (3 %) ou de violence totale (12 %) observée dans un échantillon représentatif de femmes hétérosexuelles vivant avec des hommes, ce qui suggère que les estimations de la victimisation due au tabassage pour les HRH dans cette étude « sont plus élevées ou comparables à celles déclarées pour les femmes hétérosexuelles »⁶². Cette étude était limitée par l'utilisation d'un échantillon issu de quatre villes, ce qui ne permet pas de déterminer si ces résultats peuvent être généralisés à des milieux non-urbains.

Les conséquences sur la santé des transgenres

La littérature de recherche concernant les conséquences sur la santé mentale des individus transgenres est plus limitée que la recherche concernant les conséquences sur la santé mentale dans les populations LGB. Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de réaliser de vastes enquêtes et études de population sur les individus se déclarant transgenres étant donné qu'ils représentent une proportion très faible de la population générale. Ceci étant, le peu de recherches disponibles suggère fortement que les transgenres sont exposés à des risques élevés de problèmes de santé mentale. Il s'avère que les taux de troubles concomitants liés à la consommation de substances, à l'anxiété, à la dépression et au suicide tendent à être plus élevés chez les transgenres que chez les individus LGB.

En 2015, le professeur de pédiatrie et épidémiologiste de Harvard, Sari Reisner, et ses collègues ont mené une étude rétrospective de cohortes par paires concernant les conséquences sur la santé mentale auprès de 180 individus transgenres âgés de 12 à 29 ans (106 femmes-hommes et 74 hommes-femmes), assortis à des groupes témoin non-transgenres fondés sur l'identité de genre⁶³. Les jeunes transgenres présentaient un risque élevé de dépression (50,6 % contre 20,6 %) ⁶⁴ et d'anxiété (26,7 % contre 10,0 %) ⁶⁵. Ils présentaient également un risque plus élevé d'idées suicidaires (31,1 % contre 11,1 %) ⁶⁶, de tentatives de suicide (17,2 % contre 6,1 %) ⁶⁷ et d'automutilation sans intention suicidaire (16,7 % contre 4,4 %) ⁶⁸ par comparaison avec les groupes témoin appariés. Une proportion significativement plus élevée de jeunes transgenres a eu accès à des soins hospitaliers de santé mentale (22,8 % contre 11,1 %) ⁶⁹ et à des soins externes de santé mentale (45,6 % contre 16,1%) ⁷⁰. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée en ce qui concerne l'état de santé mentale lorsqu'on a comparé des individus transgenres femmes-hommes à des individus transgenres hommes-femmes, après avoir ajusté l'âge, la race/ethnie et l'utilisation d'hormones.

Cette étude a eu le mérite d'inclure des individus qui se sont présentés à une clinique communautaire, qui n'ont donc pas été uniquement identifiés comme étant conformes aux critères diagnostiques du trouble d'identité sexuelle établis dans la quatrième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* de l'Association américaine de psychiatrie, et qui n'ont pas été sélectionnés dans une population de patients se présentant à une clinique pour suivre un traitement destiné à traiter des problèmes d'identité sexuelle. Ceci dit, Reisner et ses collègues ont constaté que leur étude était exposée aux limitations habituelles du modèle d'analyse rétrospective des dossiers, notamment à un manque de documentation et à une variation dans la qualité des informations recueillies par les professionnels médicaux.

Un rapport de la Fondation américaine pour la prévention du suicide et de l'Institut Williams, un groupe de réflexion sur les questions liées à la population LGBT de la faculté de droit de l'UCLA, a résumé des conclusions sur les tentatives de suicide parmi des adultes transgenres et des adultes non-conformes dans le genre issus d'un vaste échantillon national de plus de 6 000 individus⁷¹. Il s'agit de la plus grande étude réalisée à ce jour sur les adultes transgenres et sur les adultes non-conformes dans le genre, même si elle a utilisé un échantillon de commodité plutôt qu'un échantillon de population. (Il est pratiquement impossible de recourir à de grands échantillons de population, compte tenu de la faible prévalence globale de personnes transgenres dans la population générale). Les auteurs ont résumé de la façon suivante les principales conclusions de l'étude :

La prévalence des tentatives de suicide parmi les répondants de l'enquête nationale sur la discrimination transgenre (NTDS), réalisée par la National Gay and Lesbian Task Force et par le National Center for Transgender Equality, est de 41 pour cent, dépassant ainsi très largement les 4,6 pour cent de la population américaine globale ayant déclaré avoir

essayé de se suicider au cours de leur vie et dépassant également les 10 à 20 pour cent d'adultes lesbiennes, homosexuels et bisexuels ayant déclaré avoir tenté de mettre fin à leurs jours⁷².

Les auteurs signalent que « les répondants qui ont déclaré avoir reçu des soins médicaux liés à la transition de genre ou vouloir les recevoir un jour étaient plus susceptibles de déclarer avoir essayé de se suicider que ceux qui avaient déclaré qu'ils ne voulaient pas recevoir ces soins ». Par contre « cette enquête n'apportait aucune information sur le moment des tentatives de suicide déclarées par rapport à la réception des soins médicaux associés à la transition, ce qui empêchait d'examiner les explications liées à la transition pour ces questions »⁷³. Les données de l'enquête suggéraient l'existence d'associations entre les tentatives de suicide, les troubles de santé mentale concomitants et les expériences de discrimination ou de maltraitance, même si les auteurs indiquent que ces résultats présentent certaines limitations : « Les données de l'enquête ne nous ont pas permis de déterminer l'existence d'un lien de causalité direct entre le fait de souffrir de rejet, de discrimination, de victimisation ou de violence et le fait d'essayer de tenter de se suicider au cours d'une vie », même si elles ont trouvé des éléments attestant que les facteurs de stress interagissent avec des facteurs de santé mentale « pour provoquer une profonde vulnérabilité au comportement suicidaire chez les individus transgenres et non-conformes dans le genre »⁷⁴.

Une étude de 2001 réalisée par Kristen Clements-Nolle et ses collègues sur 392 transgenres hommes-femmes et 123 transgenres femmes-hommes a constaté que 62 % des transgenres hommes-femmes et 55 % des transgenres femmes-hommes souffraient de dépression au moment de l'étude, et que 32 % de chacune de ces populations avaient essayé de se suicider⁷⁵. Les auteurs font remarquer que « la prévalence des tentatives de suicide chez les transgenres hommes-femmes et femmes-hommes dans notre étude était beaucoup plus élevée que celle qui avait été observée dans des échantillons aléatoires de ménages américains et dans un échantillon de population d'adultes ayant déclaré avoir des relations avec des partenaires du même sexe »⁷⁶.

Les explications des problèmes de santé : le modèle de stress social

La plus grande prévalence de problèmes de santé mentale dans les sous-populations LGBT est une situation préoccupante qui devrait inciter les responsables politiques et les médecins à faire l'impossible pour réduire ces risques. Ceci dit, il est indispensable de mieux connaître les causes de ces problèmes pour pouvoir déterminer les mesures à prendre afin d'améliorer la santé de ces sous-populations. À ce jour, il existe très peu de stratégies médicales et sociales disponibles pour aider les populations non-hétérosexuelles aux États-Unis, ce qui peut être dû en partie aux explications relativement limitées que les chercheurs en sciences sociales et les psychologues donnent aux problèmes de santé mentale.

Malgré les difficultés de la science à expliquer la raison pour laquelle les sous-populations non-hétérosexuelles sont plus susceptibles de présenter ces problèmes de santé mentale, une partie importante des efforts publics mis en œuvre pour atténuer ces problèmes est motivée par une hypothèse particulière appelée *modèle de stress social*. Ce modèle postule que la discrimination, la stigmatisation et d'autres facteurs de stress semblables favorisent l'apparition de problèmes de santé mentale parmi les minorités sexuelles. Une conséquence du modèle de stress social est le fait que la réduction de ces facteurs de stress atténuerait les problèmes de santé mentale qui affectent les minorités sexuelles.

Les minorités sexuelles sont confrontées à différents défis sociaux tels que le stigmate, la discrimination explicite et le harcèlement, et luttent souvent pour réconcilier leurs comportements et leur identité sexuels avec les normes de leurs familles et de leurs communautés. En outre, elles sont souvent exposées à des défis semblables à ceux d'autres populations

minoritaires, qui résultent d'une marginalisation ou d'un conflit les opposant à la plus grande partie de la société, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur leur santé⁷⁷. De nombreux chercheurs regroupent ces différents défis sous le concept de *stress social* et pensent que le stress social contribue généralement à faire augmenter les taux de problèmes de santé mentale parmi les sous-populations LGBT⁷⁸.

Dans leur souci d'expliquer les disparités entre la santé mentale des hétérosexuels et celle des non-hétérosexuels, les chercheurs font parfois référence à une *hypothèse* de stress social ou stress des minorités⁷⁹. Il est cependant plus correct de parler de *modèle* de stress social ou des minorités, car le lien supposé entre le stress social et la santé mentale est plus complexe et moins précis que l'expression d'une simple hypothèse⁸⁰. Le terme *stress* peut revêtir un grand nombre de significations différentes, allant de la description d'un état physiologique à un état mental ou émotionnel de colère ou d'anxiété jusqu'à une situation sociale, économique ou interpersonnelle difficile. D'autres questions se posent lorsqu'on pense aux différents types de *facteurs de stress* qui peuvent affecter de façon disproportionnée la santé mentale dans les populations minoritaires. Nous allons analyser certains aspects du modèle de stress social, après avoir donné un bref aperçu du modèle tel qu'il a été présenté dans la littérature récente sur la santé mentale de la population LGBT.

Le modèle de stress social vise à expliquer pourquoi les individus non-hétérosexuels font l'objet, en moyenne, d'un plus grand nombre de problèmes de santé mentale que le reste de la population. Il n'apporte aucune explication complète sur les disparités existant entre les non-hétérosexuels et les hétérosexuels, et il n'explique pas les problèmes de santé mentale de patients en particulier. Par contre, il décrit les facteurs sociaux susceptibles d'influencer directement ou indirectement les risques de santé chez les individus LGBT, qui ne peuvent se manifester qu'à l'échelle de la population. Certains de ces facteurs peuvent également influencer les hétérosexuels, mais il est probable que les individus LGBT y soient exposés de façon disproportionnée.

Dans un article influent de 2003 sur le modèle de stress social, l'épidémiologiste psychiatrique et expert légal en orientation sexuelle Ilan Meyer a fait la distinction entre les facteurs du stress des minorités dit *distal* et *proximal*. Les facteurs de stress distal ne dépendent pas des « perceptions ou appréciations » des individus et, partant, « peuvent être considérés comme étant indépendants de l'identification personnelle avec le statut de minorité assigné »⁸¹. Par exemple, si un homme, considéré homosexuel par son employeur est congédié pour cette raison, il s'agit d'un facteur de stress distal car l'acte stressant de discrimination n'a eu aucun rapport avec le fait que l'homme se soit réellement identifié comme homosexuel, mais uniquement avec l'attitude et la perception d'une autre personne. Les facteurs de stress distal tendent à refléter les circonstances sociales plutôt que la réaction des individus à ces circonstances. Par contre, les facteurs de stress proximal sont plus subjectifs et sont étroitement liés à l'identification personnelle d'une personne comme lesbienne, homosexuel, bisexuel ou transgenre. La situation dans laquelle une jeune femme qui s'identifie comme lesbienne choisirait de cacher cette identité aux membres de sa famille, par crainte de désapprobation ou à cause d'un sentiment intérieur de honte, est un exemple de facteur de stress proximal. Les effets de ce type de facteurs de stress proximal dépendent dans une large mesure de la connaissance que les individus ont d'eux-mêmes et de circonstances sociales particulières. Dans cette section, nous allons décrire les types de facteurs de stress postulés dans le modèle de stress social, en commençant par les facteurs de stress distal jusqu'à approcher les facteurs de stress les plus proximaux. En outre, nous examinerons certains des éléments empiriques qui ont été proposés sur les liens existant entre les facteurs de stress et les problèmes de santé mentale.

La discrimination et les événements préjudiciables. Les actes explicites de maltraitance, qui vont de la violence au harcèlement et à la discrimination, sont regroupés par les chercheurs sous le concept d' « événements préjudiciables ». Ces événements sont considérés comme d'importants facteurs de stress pour les populations non-hétérosexuelles⁸². Des enquêtes menées auprès de sous-populations LGBT ont établi que ces dernières tendent à être plus exposées à ce type d'événements préjudiciables que la population générale⁸³.

Les données disponibles indiquent qu'il est probable que ces événements contribuent au développement de problèmes de santé mentale. Une étude menée en 1999 par le professeur de psychologie de l'UC Davis, Gregory Herek, et ses collègues, en utilisant les données de 2 259 individus LGBT à Sacramento, a constaté que les personnes s'étant déclarées lesbiennes et homosexuels et ayant été victimes d'un acte criminel motivé par des préjugés au cours des cinq dernières années – un acte tel qu'une attaque, un vol ou un acte de vandalisme motivé par l'identité sexuelle réelle ou perçue de la victime – ont déclaré des taux significativement plus élevés de symptômes dépressifs, de stress traumatique et d'anxiété que les lesbiennes et les homosexuels qui n'avaient pas été victimes d'acte criminel pendant la même période⁸⁴. En outre, les lesbiennes et les homosexuels qui ont déclaré avoir été victimes d'un acte criminel motivé par des préjugés au cours des cinq dernières années ont montré des taux significativement plus élevés de symptômes dépressifs et de stress traumatique que les personnes qui avaient été victimes d'actes criminels non motivés par des préjugés au cours de la même période (bien que les deux groupes n'aient pas montré de différences significatives en matière d'anxiété). On n'a pas trouvé de corrélations comparables significatives pour les personnes s'étant déclarées bisexuelles, qui constituaient un groupe beaucoup plus réduit parmi les répondants de l'enquête. L'étude a également constaté que les lesbiennes et les homosexuels victimes d'actes criminels motivés par des préjugés étaient significativement plus susceptibles que les autres répondants de déclarer des sentiments de vulnérabilité et une sensation décroissante de maîtrise de soi ou d'agentivité. Ces conclusions sur l'impact préjudiciable des actes criminels motivés par des préjugés ont été corroborées par une étude de 2001 réalisée par le professeur de sciences sociales de la Northeastern University, Jack McDevitt, et ses collègues, qui ont examiné des agressions graves en utilisant des données du service de la police de Boston⁸⁵. Ils ont observé que les victimes d'actes criminels motivés par des préjugés avaient tendance à subir les effets de victimisation d'une façon plus intense et pendant une période plus longue que les victimes d'actes criminels non motivés par des préjugés. (L'étude a examiné les agressions motivées par des préjugés en général plutôt que de limiter son analyse aux agressions motivées par des préjugés à l'égard des LGBT, même si une part importante des individus a été victime d'agressions motivées par leur statut non-hétérosexuel).

Une tendance semblable a été observée chez des adolescents non-hétérosexuels qui présentaient un taux particulièrement élevé de maltraitance⁸⁶. Dans une étude de 2011, le spécialiste en sciences sociales et comportementales de l'Université d'Arizona, Stephen T. Russell, et ses collègues ont analysé une enquête de 245 jeunes adultes LGBT qui a évalué de façon rétrospective l'existence d'une victimisation en milieu scolaire due au statut réel ou perçu de LGBT entre 13 et 19 ans. Ils ont constaté d'importantes corrélations entre la victimisation en milieu scolaire et les problèmes de santé mentale au début de l'âge adulte⁸⁷. La victimisation a été évaluée à partir de questions auxquelles il fallait répondre par oui ou par non, telles que « Pendant mes années de collège ou de lycée, est-ce que j'ai été poussé(e), bousculé(e), giflé(e), frappé(e) ou battu(e) dans l'établissement par quelqu'un qui ne plaisantait pas ? », suivies d'une question sur la fréquence à laquelle ces événements étaient liés à l'identité sexuelle des répondants. Les répondants qui ont déclaré des niveaux élevés de victimisation en milieu scolaire due à leur identité sexuelle étaient 2,6 fois plus susceptibles de déclarer avoir fait une dépression au début

de l'âge adulte et 5,6 fois plus susceptibles de déclarer qu'ils avaient essayé de se suicider, par comparaison avec les personnes qui avaient déclaré de faibles niveaux de victimisation. Ces différences étaient statistiquement très significatives, même si l'étude peut être limitée par l'utilisation d'enquêtes rétrospectives pour mesurer des épisodes de victimisation. Une étude de la professeure de travail social, Joanna Almeida, et de ses collègues, qui s'est fondée sur l'enquête menée en 2006 sur les jeunes de Boston (une enquête biennale des étudiants du secondaire dans les écoles publiques de Boston), a établi que les perceptions d'avoir fait l'objet d'une victimisation due au statut LGBT expliquaient une présence plus élevée de symptômes dépressifs parmi les étudiants LGBT. L'étude a également établi une corrélation positive pour les étudiants LGTB masculins, mais pas pour les étudiantes, entre la victimisation et les pensées suicidaires et l'automutilation⁸⁸.

Les différences de rémunération suggèrent une discrimination sur le lieu de travail, qui peut avoir des effets directs et indirects sur la santé mentale. M.V. Lee Badgett, une professeure d'économie de l'Université de Massachusetts (Amherst), a analysé des données collectées entre 1989 et 1991 dans le cadre de l'enquête sociale générale et a constaté que les employés masculins non-hétérosexuels recevaient une rémunération significativement plus basse (de 11 % à 27 %) que les hétérosexuels, même après avoir tenu compte de facteurs comme l'expérience, l'éducation, l'emploi, etc.⁸⁹. D'après une analyse réalisée en 2009 par Badgett⁹⁰, neuf études datant des années 1990 et du début des années 2000 « montraient de façon systématique que les hommes homosexuels et bisexuels gagnaient de 10 à 32 % de moins que les hommes hétérosexuels », et que les différences d'emploi ne pouvaient pas justifier ces écarts de salaire. Les chercheurs ont également observé que les femmes non-hétérosexuelles gagnaient plus que les femmes hétérosexuelles⁹¹, ce qui peut suggérer soit que les schémas de discrimination diffèrent entre les hommes et les femmes, soit qu'il existe d'autres facteurs associés au comportement et à l'auto-identification non-hétérosexuelle chez les hommes et les femmes qui influent sur leurs rémunérations respectives, comme un taux plus faible d'éducation d'enfants ou le fait d'être le principal soutien économique de la famille.

Certains éléments suggèrent que les écarts de salaire peuvent contribuer à expliquer certaines disparités observées dans les problèmes de santé mentale à l'échelle de la population⁹², même s'il est difficile de déterminer si ces différences de santé mentale peuvent contribuer à expliquer les écarts de salaire. Une étude⁹³ réalisée en 1999 par Craig Waldo sur les relations entre l'hétérosexisme au travail – défini comme étant les attitudes sociales négatives à l'égard des non-hétérosexuels – et les problèmes liés au stress auprès de 287 personnes LGB a établi que les personnes LGB qui avaient été victimes d'hétérosexisme au travail « présentaient des niveaux plus élevés de détresse psychologique et de problèmes de santé, ainsi qu'une baisse de la satisfaction dans différents aspects de leur travail ». Les données transversales utilisées par un nombre important de ces études n'ont pas permis de déduire une causalité, même si tant les études prospectives que les analyses qualitatives de l'impact du chômage sur la santé mentale suggèrent qu'au moins certaines de ces corrélations pourraient s'expliquer par les effets psychologiques et matériels du chômage⁹⁴.

Le stigmat. Les sociologues ont documenté pendant de nombreuses années une série d'effets indésirables du stigmat sur les individus, qui vont de questions ayant trait à l'estime de soi jusqu'à la réussite académique⁹⁵. Le stigmat est traditionnellement considéré comme une caractéristique attribuée à une personne qui réduit la valeur de celle-ci aux yeux des autres dans un contexte social concret⁹⁶. Très souvent, ces évaluations négatives sont largement partagées au sein d'un groupe culturel et deviennent la base permettant d'exclure ou de traiter de façon différente des personnes stigmatisées. C'est ainsi que la maladie mentale peut être stigmatisée

lorsqu'elle est considérée comme un défaut de caractère chez les personnes atteintes de ce type de maladie. L'une des raisons pour lesquelles le stigmatisme joue un rôle important dans le modèle de stress social réside dans le fait qu'il peut servir d'explication, même en l'absence d'événements particuliers de discrimination ou de maltraitance. Par exemple, le stigmatisme de la dépression peut se produire lorsqu'une personne déprimée dissimule sa dépression parce qu'elle s'attend à ce que ses amis et les membres de sa famille y voient une faiblesse de caractère. Même si cette dissimulation atteint son objectif, dans la mesure où il n'existe pas de discrimination ni de maltraitance réelle de la part des amis ou de la famille de l'intéressé, l'anxiété suscitée par les attitudes susceptibles d'être adoptées par les autres peut affecter le bien-être émotionnel et mental de la personne déprimée.

Des chercheurs ont établi des associations entre le risque de problèmes de santé mentale et le stigmatisme à l'égard de certaines populations, même s'il existe très peu de recherches empiriques sur les conséquences du stigmatisme sur la santé mentale des personnes LGBT en particulier. Le stigmatisme n'est pas facile à définir ou à opérationnaliser, ce qui en fait un concept difficile et vague à étudier pour les spécialistes en sciences sociales qui mènent des études empiriques. Ceci étant, des chercheurs ont essayé de travailler avec ce concept en utilisant des enquêtes sur la dépréciation des autres perçue par l'individu et ont établi des corrélations entre les expériences de stigmatisation et le risque de mauvaise santé mentale. Une étude largement citée, réalisée en 1997 par le sociologue et épidémiologiste Bruce Link et ses collègues, sur le lien entre le stigmatisme et la santé mentale a constaté un effet négatif « fort et durable » du stigmatisme sur le bien-être mental d'hommes qui souffraient de troubles mentaux et de la consommation de substances⁹⁷. Dans cette étude, les effets du stigmatisme semblaient persister, même après que les hommes avaient suivi avec succès un traitement pour leurs problèmes initiaux de santé mentale et de consommation de substances. L'étude a établi des corrélations importantes entre certaines variables du stigmatisme – les expériences auto-déclarées de dépréciation et de rejet – et les symptômes dépressifs avant et après le traitement, ce qui suggère que les effets du stigmatisme sont relativement durables. Ceci pourrait simplement indiquer que les personnes présentant des symptômes de dépression auraient tendance à déclarer davantage de stigmates, mais si c'était le cas, on s'attendrait à ce que les déclarations de stigmatisme diminuent au cours du programme thérapeutique, comme dans le cas de la dépression. Or, les déclarations de stigmatisme s'étant maintenues constantes, les auteurs ont conclu que les stigmates ont dû jouer un rôle causal dans l'apparition des symptômes dépressifs. Il faut souligner que cette étude a trouvé des variables de stigmatisme qui n'ont expliqué qu'environ 10 %, ou légèrement davantage, de la variance des symptômes dépressifs. En d'autres mots, le stigmatisme avait un effet mineur sur les symptômes dépressifs, même si cet effet pouvait se manifester de façon importante à l'échelle de la population. D'autres chercheurs ont suggéré que les effets du stigmatisme sont généralement mineurs et transitoires. Par exemple, le sociologue Walter Gove de la faculté de Vanderbilt affirmait que dans la « grande majorité des cas, le stigmatisme [subi par des patients mentaux] semble transitoire et ne semble pas poser de problème grave »⁹⁸.

Cela fait relativement peu de temps que les chercheurs ont réalisé des travaux⁹⁹ à la fois empiriques et théoriques visant à déterminer les effets du stigmatisme sur la santé mentale des personnes LGBT, en dépit d'une certaine controverse au sujet de l'ampleur et de la durée des effets dus au stigmatisme. Une partie de la controverse peut provenir de la difficulté de définir et de quantifier le stigmatisme et les variations de stigmatisme dans différents contextes sociaux. Une étude menée en 2013 par le psychologue médical de la Columbia University, Walter Bockting, et ses collègues sur la santé mentale auprès de 1 093 transgenres a établi une corrélation positive entre la détresse psychologique et les stigmates exprimés et ressentis, qui ont été mesurés à l'aide d'un questionnaire¹⁰⁰. Une étude¹⁰¹ de 2003 réalisée par le psychologue Robin Lewis et ses collègues

sur les indicateurs de symptômes de dépression auprès de 201 personnes LGB a établi que la conscience du stigmatisme était largement associée aux symptômes de dépression, lorsque la conscience du stigmatisme était évaluée à l'aide d'un questionnaire de dix éléments visant à déterminer « dans quelle mesure une personne s'attend à être jugée en fonction d'un stéréotype »¹⁰². Ceci dit, les symptômes de dépression sont souvent associés à une mauvaise image de soi, du monde et de l'avenir, ce qui peut contribuer à la perception subjective d'une stigmatisation parmi les individus souffrant de dépression¹⁰³. Une étude¹⁰⁴ de 2011 menée par Bostwick, qui a également utilisé des mesures de conscience du stigmatisme et de symptômes de dépression, a établi une faible corrélation positive entre les résultats relatifs au stigmatisme et les symptômes de dépression chez des femmes bisexuelles, même si l'étude était limitée par la taille relativement réduite de l'échantillon. D'autre part, une étude¹⁰⁵ longitudinale réalisée en 2003 par le psychologue Lars Wichstrøm et ses collègues sur des adolescents norvégiens a constaté, après avoir pris en compte une série de facteurs de risque psychologique – dont l'estime de soi –, que l'orientation sexuelle était associée à un mauvais état de santé mentale. Si cette étude n'a pas directement considéré le stigmatisme comme étant un facteur de risque, elle suggère qu'il est peu probable que des facteurs psychologiques tels que la conscience du stigmatisme puissent expliquer à eux seuls toutes les disparités de santé mentale observées entre individus hétérosexuels et non-hétérosexuels. En outre, il est important de signaler que, du fait de la conception transversale de ces études, les données ne permettent pas d'établir d'inférences causales ; il faudrait obtenir différents types de données et davantage d'éléments pour étayer des conclusions au sujet des relations causales. En particulier, il est impossible de prouver à l'aide de ces études que le stigmatisme mène à une mauvaise santé mentale ou, au contraire, par exemple qu'une mauvaise santé mentale inciterait les individus à déclarer de plus hauts niveaux de stigmatisation ou qu'un troisième facteur serait responsable à la fois de la mauvaise santé et des hauts niveaux de stigmatisation.

La dissimulation. Le stigmatisme peut affecter les décisions d'individus non-hétérosexuels de révéler ou de dissimuler leur orientation sexuelle. Les individus LGBT peuvent décider de dissimuler leur orientation sexuelle pour se protéger contre les préjugés ou une discrimination éventuelle, pour éviter un sentiment de honte ou pour éviter un conflit potentiel entre leur rôle social et leurs désirs ou comportements sexuels¹⁰⁶. Les contextes particuliers dans lesquels des individus LGBT peuvent être plus susceptibles de dissimuler leur orientation sexuelle sont le milieu scolaire, le travail et d'autres lieux où ils sentent que la révélation pourrait avoir des conséquences négatives sur le regard qui est posé sur eux.

Il existe de nombreux éléments de la recherche en psychologie qui indiquent que la dissimulation d'un aspect important de l'identité d'une personne peut avoir des conséquences négatives sur sa santé mentale. De façon générale, le fait d'exprimer ses émotions et de partager des aspects importants de sa vie avec d'autres personnes joue un rôle déterminant dans le maintien de la santé mentale¹⁰⁷. De plus en plus de travaux de recherche ont été réalisés ces dernières décennies sur les liens entre, d'une part, la dissimulation et la révélation et, d'autre part, la santé mentale dans les sous-populations LGBT¹⁰⁸. Ainsi, une étude¹⁰⁹ de 2007 réalisée par Belle Rose Ragins et ses collègues sur la dissimulation et la révélation sur le lieu de travail auprès de 534 individus LGB a constaté que la peur de dévoiler son orientation sexuelle était associée à une pression psychologique et à d'autres conséquences comme la satisfaction au travail. Ceci dit, l'étude a également contesté l'idée que la révélation a des effets psychologiques et sociaux positifs, dans la mesure où la révélation des employés n'était pas associée de façon significative à la plupart des variables de résultats. Les auteurs interprètent ce résultat de la façon suivante : « D'après cette étude, la dissimulation peut être une décision nécessaire et adaptative dans un environnement défavorable ou hostile, ce qui souligne l'importance du contexte social »¹¹⁰.

Compte tenu des changements relativement rapides dans l'acceptation sociale du mariage homosexuel et des relations des personnes de même sexe surtout ces dernières décennies¹¹¹, il est possible qu'une partie des recherches sur les effets psychologiques de la dissimulation ou de la révélation soit dépassée car, de façon générale, les personnes s'identifiant comme LGBT pourraient ressentir aujourd'hui moins de pression pour dissimuler leur identité.

La mise à l'épreuve du modèle. Une des implications du modèle de stress social réside dans le fait que la réduction de la discrimination, des préjugés et de la stigmatisation des minorités sexuelles contribuerait à réduire les niveaux de problèmes de santé mentale dans ces populations. Certains territoires ont cherché à réduire ces facteurs de stress social en adoptant des lois anti-discrimination et contre les crimes motivés par la haine. Si ces politiques s'avèrent efficaces pour réduire ces facteurs de stress, on pourrait s'attendre à ce qu'ils diminuent les niveaux de problèmes de santé mentale parmi les populations LGB, dans la mesure où le modèle de stress social expliquerait de façon précise les causes de ces problèmes. Telles qu'elles ont été conçues jusqu'à ce jour, aucune des études n'a permis de tester de façon définitive l'hypothèse selon laquelle le stress social serait responsable des niveaux élevés de problèmes de santé mentale dans les populations non-hétérosexuelles. En revanche, il existe des recherches qui apportent certaines données sur une implication vérifiable du modèle de stress social.

Une étude réalisée en 2009 par le scientifique socio-médical Mark Hatzenbuehler et ses collègues a examiné l'association entre la morbidité psychiatrique dans les populations LGB et deux politiques adoptées à l'échelle nationale concernant ces populations : les lois contre les crimes motivés par la haine qui n'incluaient pas l'orientation sexuelle comme une catégorie protégée et les lois interdisant la discrimination au travail en fonction de l'orientation sexuelle.¹¹² L'étude a utilisé des données sur les problèmes de santé mentale provenant de la vague 2 de l'enquête épidémiologique nationale sur l'alcool et les conditions connexes (NESARC), un échantillon représentatif à l'échelle nationale de 34 653 adultes civils, non-hospitalisés, et a mesuré les troubles psychiatriques en fonction des critères *DSM-IV*¹¹³. La vague 2 de l'enquête NESARC a été réalisée en 2004-2005. Sur l'échantillon, 577 répondants se sont déclarés lesbiennes, homosexuels ou bisexuels. L'analyse des données a montré que les individus LGB habitant dans des États ne possédant pas de lois contre les crimes motivés par la haine ni de lois anti-discrimination avaient tendance à présenter une morbidité psychiatrique plus élevée (par comparaison avec les individus LGB vivant dans des États possédant une ou les deux lois de protection). Cela dit, l'analyse a établi des corrélations statistiquement significatives uniquement pour la dysthymie (une forme de dépression moins grave mais plus longue), pour le trouble d'anxiété généralisée et pour le syndrome de stress post-traumatique, tandis que les corrélations entre sept autres affections psychiatriques examinées n'ont pas été considérées statistiquement significatives. La nature des données n'a pas permis de présenter d'inférence épidémiologique, ce qui suggère la nécessité de mener d'autres études sur ce sujet et sur d'autres questions connexes.

Hatzenbuehler et ses collègues ont essayé d'améliorer cette analyse transversale en réalisant une étude prospective, publiée en 2010, qui a analysé les variations de morbidité psychiatrique au cours de la période pendant laquelle certains États ont interdit le mariage entre personnes de même sexe¹¹⁴. Pour ce faire, les auteurs ont examiné les différences de morbidité psychiatrique entre la vague 1 de l'enquête NESARC, réalisée en 2001-2002, et la vague 2, qui a coïncidé avec les amendements constitutionnels de 2004 et de 2005 interdisant le mariage homosexuel. Ils ont observé que la prévalence des troubles de l'humeur chez les répondants LGB vivant dans des États qui avaient interdit le mariage homosexuel à travers des amendements avait augmenté de 36,6 % entre les vagues 1 et 2. Les troubles de l'humeur des répondants LGB vivant dans des États n'ayant pas interdit le mariage homosexuel avaient diminué de 23,6 %,

même si cette variation n'était pas statistiquement significative. La prévalence de certains troubles avait augmenté à la fois dans les États qui avaient interdit le mariage homosexuel et dans ceux qui ne l'avaient pas fait. Le trouble d'anxiété généralisée, par exemple, avait augmenté dans les deux cas, mais d'une façon beaucoup plus forte et statistiquement significative dans les États qui avaient interdit le mariage homosexuel. Hatzenbuehler et ses collègues ont constaté que les troubles liés à l'abus de drogues s'étaient davantage accrues dans les États qui n'avaient *pas* interdit le mariage homosexuel et que cette hausse n'était statistiquement significative que pour ces États. (Les troubles liés à l'abus de drogues ont enregistré dans les deux cas une hausse relativement semblable). Comme dans l'étude transversale précédente, les auteurs n'ont pas trouvé de corrélations significatives pour la plupart des affections psychiatriques examinées entre les affections et les politiques sociales supposées avoir une influence sur les problèmes de santé mentale.

Les auteurs ont signalé que les conclusions de l'étude présentent certaines limitations, notamment les suivantes : des répondants LGB en meilleure santé pourraient avoir abandonné les États ayant adopté des amendements concernant le mariage pour s'installer dans des États qui ne l'auraient pas fait ; l'orientation sexuelle n'a été évaluée que lors de la vague 2 de l'enquête NESARC et l'identité sexuelle présente une certaine fluidité qui a pu provoquer une classification erronée de certains répondants LGB ; enfin, la taille de l'échantillon des répondants LGB habitant dans des États ayant adopté des amendements concernant le mariage était relativement réduite, ce qui limite le poids statistique de l'étude.

Un mécanisme causal qui pourrait expliquer la fluctuation des variables de santé mentale associées aux amendements relatifs au mariage homosexuel est le fait que le débat public concernant les amendements pourrait avoir accru le stress ressenti par les non-hétérosexuels, une hypothèse avancée par la psychologue Sharon Scales Rostosky et ses collègues dans une étude sur les attitudes d'adultes LGB vivant dans des États qui avaient adopté en 2006 des amendements limitant le mariage entre personnes de même sexe¹¹⁵. Les données de l'enquête collectées pendant cette étude ont montré que les répondants LGB habitant dans des États qui avaient adopté en 2006 des amendements limitant le mariage homosexuel présentaient des niveaux supérieurs de différents types de détresse psychologique, notamment des symptômes de stress et de dépression. L'étude a également constaté que la participation à l'activisme LGBT pendant la période électorale était associée à une plus grande détresse psychologique. Il se peut qu'une partie de la détresse psychologique observée par l'étude, qui incluait le stress ressenti, les symptômes dépressifs (mais pas les diagnostics de troubles dépressifs) et ce que les chercheurs ont appelé « l'affect lié à l'amendement », ait simplement reflété les sentiments typiques que ressentent les avocats lorsqu'ils essuient une défaite politique sur une question pour laquelle ils se passionnent. La conception transversale de l'étude et le recours à des volontaires pour réaliser l'enquête (contrairement à l'étude précédente de Hatzenbuehler et de ses collègues) constituaient d'autres limitations importantes de cette étude. Il se peut également que la méthodologie de l'enquête ait faussé les résultats : les chercheurs ont annoncé sur des sites Web et à travers des messages envoyés par e-mail sur des listes électroniques qu'ils cherchaient des répondants à une enquête dans le cadre d'une étude sur « les attitudes et les expériences d'individus... LGB concernant le débat » sur le mariage homosexuel. Comme c'est le cas dans de nombreuses formes d'échantillonnage de commodité, il se peut que les individus ayant des positions fermes sur les questions examinées dans l'enquête aient été plus enclins à y répondre.

En ce qui concerne les effets de politiques concrètes, les éléments de preuve sont, au mieux, équivoques. L'étude menée en 2009 par Hatzenbuehler et ses collègues a montré des corrélations significatives entre le risque de certains problèmes de santé mentale (mais pas de tous) au sein de la sous-population LGB et les politiques adoptées au niveau des États concernant

la lutte contre les crimes motivés par la haine et la protection de l'emploi. L'étude n'a pas pu montrer de lien épidémiologique entre les politiques et les conséquences sur la santé, même en ce qui concerne les aspects de santé mentale que cette étude corrélait avec la lutte contre les crimes motivés par la haine et avec la protection de l'emploi.

Conclusion

Le modèle de stress social explique probablement certains des problèmes de santé mentale qui affectent les minorités sexuelles, même si les preuves étayant le modèle sont limitées, contradictoires et incomplètes. Certains des concepts centraux du modèle, comme la stigmatisation, sont difficiles à opérationnaliser. Il existe des éléments de preuve qui relient certaines formes de maltraitance, de stigmatisation et de discrimination à certains des problèmes de santé mentale affectant les non-hétérosexuels, mais il est loin d'être clair que ces facteurs expliquent toutes les disparités existant entre les populations hétérosexuelles et non-hétérosexuelles. Ces problèmes de santé mentale peuvent être atténués, dans une certaine mesure, en réduisant les facteurs de stress social, mais il est improbable que cette stratégie élimine toutes les disparités de santé mentale existant entre les minorités sexuelles et la population générale. D'autres facteurs tels que les niveaux élevés de victimisation due à la violence sexuelle parmi les populations LGBT, qui ont été examinés dans la première partie de ce rapport, peuvent également expliquer certaines de ces disparités de santé mentale, car les recherches ont montré que « les survivants de la violence sexuelle subie pendant l'enfance sont exposés de façon significative à une gamme plus étendue de troubles médicaux, psychologiques, comportementaux et sexuels »¹¹⁶.

De même qu'il n'est pas dans l'intérêt des populations non-hétérosexuelles d'ignorer ou de minimiser les risques statistiquement plus élevés de problèmes de santé mentale qui les affectent, il n'est pas non plus dans leur intérêt d'attribuer des causes erronées à ces risques élevés ou d'ignorer d'autres facteurs potentiels qui entrent en ligne de compte. L'idée qu'un seul modèle serait capable d'expliquer tous les risques de santé mentale auxquels sont exposés les non-hétérosexuels peut induire en erreur les médecins et les thérapeutes chargés d'aider ces sous-populations vulnérables. Le modèle de stress social doit faire l'objet de recherches supplémentaires. Cependant, les médecins et les décideurs qui souhaitent s'attaquer de façon adéquate aux problèmes de santé mentale affectant la communauté LGBT ne devraient pas espérer de ce modèle qu'il apporte une explication exhaustive des causes des disparités de santé mentale. D'autres recherches doivent être menées pour explorer les causes et les solutions de ces importants problèmes de santé publique.

¹ Michael King *et al.*, « A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people », *BMC Psychiatry* 8, 2008, p. 70, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>.

² Les chercheurs qui ont mené cette méta-analyse ont trouvé au départ 13 706 articles dans des bases de données de recherche universitaire et médicale, mais ont examiné 476 articles après avoir exclu les résultats en double et autres résultats fallacieux. Après avoir exclu les études non-contrôlées, les articles de recherche qualitative, les examens et les commentaires, les auteurs ont trouvé 111 articles fondés sur des données dont ils ont exclu 87 articles qui n'étaient pas des études de population, qui n'utilisaient pas de diagnostics psychiatriques ou qui utilisaient un mauvais échantillonnage. Les 28 articles restants s'appuyaient sur 25 études (certains articles examinaient des données provenant des mêmes études), que King et ses collègues ont évaluées en utilisant quatre critères de qualité : (1) l'utilisation ou non d'un échantillonnage aléatoire ; (2) la représentativité de l'étude (mesurée par les taux de réponse à l'enquête) ; (3) le fait que l'échantillon soit extrait de la population générale ou d'un sous-ensemble plus limité tel que des étudiants universitaires ; et (4) la taille de l'échantillon. Ceci étant, une seule étude a rempli les quatre critères. Reconnaisant les limitations et incohérences inhérentes aux concepts de l'orientation sexuelle, les auteurs ont inclus des informations sur la façon dont ces concepts ont été opérationnalisés dans les études analysées : attirance pour le même sexe (quatre études), rapports maintenus avec des partenaires de même sexe (treize études), auto-identification (quinze études), résultat supérieur à zéro sur l'échelle de Kinsey (trois études), deux définitions différentes de l'orientation sexuelle (neuf études), trois définitions différentes (une étude). Dix-huit des études ont utilisé un cadre temporel spécifique pour définir la sexualité de leurs sujets. Les études ont également été regroupées selon qu'elles se concentraient sur une prévalence au cours de la vie entière ou sur douze mois, et selon que les auteurs analysaient les résultats des populations LGB prises séparément ou collectivement.

³ Intervalle de confiance à 95 % : 1,87-3,28.

⁴ Intervalle de confiance à 95 % : 1,69-2,48.

⁵ Intervalle de confiance à 95 % : 1,23-1,92.

⁶ Intervalle de confiance à 95 % : 1,23-1,86.

⁷ Intervalle de confiance à 95 % : 1,97-5,92.

⁸ Intervalle de confiance à 95 % : 2,32-7,88.

⁹ Wendy B. Bostwick *et al.*, « Dimensions of Sexual Orientation and the Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the United States », *American Journal of Public Health* 100, n° 3, 2010, pp. 468-475, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.152942>.

¹⁰ *Ibid.*, p. 470.

¹¹ La différence dans les conséquences pour la santé entre les femmes qui se sont déclarées lesbiennes et celles qui ont déclaré maintenir des relations ou ressentir des attirances uniquement pour des partenaires du même sexe illustre très bien l'importance que revêtent les différences entre identité, comportement et attirance sexuels.

¹² Susan D. Cochran et Vickie M. Mays, « Physical Health Complaints Among Lesbians, Gay Men, and Bisexual and Homosexually Experienced Heterosexual Individuals: Results From the California Quality of Life Survey », *American Journal of Public Health* 97, n° 11, 2007, pp. 2048-2055, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2006.087254>.

¹³ Christine E. Grella *et al.*, « Influence of gender, sexual orientation, and need on treatment utilization for substance use and mental disorders: Findings from the California Quality of Life Survey », *BMC Psychiatry* 9, n° 1, 2009, p. 52, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-9-52>.

¹⁴ Theo G.M. Sandfort *et al.*, « Sexual Orientation and Mental and Physical Health Status: Findings from a Dutch Population Survey », *American Journal of Public Health* 96, 2006, pp. 1119-1125, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2004.058891>.

¹⁵ Robert Graham *et al.*, Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities, Institute of Medicine, *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*, The National Academies Press, Washington, D.C., 2011, <http://dx.doi.org/10.17226/13128>.

-
- ¹⁶ Susan D. Cochran, J. Greer Sullivan et Vickie M. Mays, « Prevalence of Mental Disorders, Psychological Distress, and Mental Health Services Use Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States », *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71, n° 1, 2007, pp. 53-61, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.53>.
- ¹⁷ Lisa A. Razzano, Alicia Matthews et Tonda L. Hughes, « Utilization of Mental Health Services: A Comparison of Lesbian and Heterosexual Women », *Journal of Gay & Lesbian Social Services* 14, n° 1, 2002, pp. 51-66, http://dx.doi.org/10.1300/J041v14n01_03.
- ¹⁸ Robert Graham *et al.*, *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People*, p. 4.
- ¹⁹ *Ibid.*, p. 190, consulter aussi pp. 258-259.
- ²⁰ *Ibid.*, p. 211.
- ²¹ Esther D. Rothblum et Rhonda Factor, « Lesbians and Their Sisters as a Control Group: Demographic and Mental Health Factors », *Psychological Science* 12, n° 1, 2001, pp. 63-69, <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9280.00311>.
- ²² Stephen M. Horowitz, David L. Weis et Molly T. Laflin, « Bisexuality, Quality of Life, Lifestyle, and Health Indicators », *Journal of Bisexuality* 3, n° 2, 2003, pp. 5-28, http://dx.doi.org/10.1300/J159v03n02_02.
- ²³ Pour situer la question dans son contexte, il peut être utile de signaler que le taux global de suicide aux États-Unis a augmenté ces dernières années : « De 1999 à 2014, le taux de suicide ajusté selon l'âge aux États-Unis a augmenté de 24 %, passant de 10,5 à 13,0 pour 100 000 individus, avec un rythme de croissance plus élevé après 2006 ». Sally C. Curtin, Margaret Warner et Holly Hedegaard, « Increase in suicide in the United States, 1999–2014 », National Center for Health Statistics, NCHS data brief n° 241, 22 avril 2016, <http://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db241.htm>.
- ²⁴ Ann P. Haas *et al.*, « Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations », *Journal of Homosexuality* 58, n° 1, 2010, pp. 10-51, <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>.
- ²⁵ *Ibid.*, p. 13.
- ²⁶ David M. Fergusson, L. John Horwood et Annette L. Beautrais, « Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People? », *Archives of General Psychiatry* 56, n° 10, 1999, pp. 876-880, <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.876>.
- ²⁷ Paul J.M. Van Kesteren *et al.*, « Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones », *Clinical Endocrinology* 47, n° 3, 1997, pp. 337-343, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x>.
- ²⁸ Friedemann Pfäfflin et Astrid Junge, *Sex Reassignment: Thirty Years of International Follow-Up Studies After Sex Reassignment Surgery: A Comprehensive Review, 1961–1991*, trad. Roberta B. Jacobson et Alf B. Meier, Symposium Publishing, Düsseldorf, 1998, <https://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>.
- ²⁹ Jean M. Dixen *et al.*, « Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical gender reassignment », *Archives of Sexual Behavior* 13, n° 3, 1984, pp. 269-276, <http://dx.doi.org/10.1007/BF01541653>.
- ³⁰ Robin M. Mathy, « Transgender Identity and Suicidality in a Nonclinical Sample: Sexual Orientation, Psychiatric History, and Compulsive Behaviors », *Journal of Psychology & Human Sexuality* 14, n° 4, 2003, pp. 47-65, http://dx.doi.org/10.1300/J056v14n04_03.
- ³¹ Yue Zhao *et al.*, « Suicidal Ideation and Attempt Among Adolescents Reporting 'Unsure' Sexual Identity or Heterosexual Identity Plus Same-Sex Attraction or Behavior: Forgotten Groups », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 49, n° 2, 2010, pp. 104-113, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.003>.
- ³² Wendy B. Bostwick *et al.*, « Dimensions of Sexual Orientation and the Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the United States ».
- ³³ Martin Plöderl *et al.*, « Suicide Risk and Sexual Orientation: A Critical Review », *Archives of Sexual Behavior* 42, n° 5, 2013, pp. 715-727, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-0056-y>.

-
- ³⁴ Ritch C. Savin-Williams, « Suicide Attempts Among Sexual-Minority Youths: Population and Measurement Issues », *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, n° 6, 2001, pp. 983-991, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.983>.
- ³⁵ Pour les femmes considérées dans cette étude, l'élimination des fausses tentatives positives a considérablement réduit la différence entre les orientations. Pour les hommes, la différence des « véritables tentatives de suicide » était près d'atteindre une signification statistique : 2 % des hétérosexuels masculins (1 sur 61) et 9 % des homosexuels masculins (5 sur 53) avaient essayé de se suicider, ce qui donne un rapport de cotes de 6,2.
- ³⁶ Martin Plöderl *et al.*, « Suicide Risk and Sexual Orientation », pp. 716-717.
- ³⁷ *Ibid.*, p. 723.
- ³⁸ *Ibid.*
- ³⁹ Richard Herrell *et al.*, « Sexual Orientation and Suicidality: A Co-twin Control Study in Adult Men », *Archives of General Psychiatry* 56, n° 10, 1999, pp. 867-874, <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.867>.
- ⁴⁰ *Ibid.*, p. 872.
- ⁴¹ Robin M. Mathy *et al.*, « The association between relationship markers of sexual orientation and suicide: Denmark, 1990–2001 », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 46, n° 2, 2011, pp. 111-117, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-009-0177-3>.
- ⁴² Gary Remafedi, James A. Farrow et Robert W. Deisher, « Risk Factors for Attempted Suicide in Gay and Bisexual Youth », *Pediatrics* 87, n° 6, 1991, pp. 869-875, <http://pediatrics.aappublications.org/content/87/6/869>.
- ⁴³ *Ibid.*, p. 873.
- ⁴⁴ Gary Remafedi, « Adolescent Homosexuality: Psychosocial and Medical Implications », *Pediatrics* 79, n° 3, 1987, pp. 331-337, <http://pediatrics.aappublications.org/content/79/3/331>.
- ⁴⁵ Martin Plöderl, Karl Kralovec et Reinhold Fartacek, « The Relation Between Sexual Orientation and Suicide Attempts in Austria », *Archives of Sexual Behavior* 39, n° 6, 2010, pp. 1403-1414, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9597-0>.
- ⁴⁶ Travis Salway Hottes *et al.*, « Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis », *American Journal of Public Health* 106, n° 5, 2016, pp. e1-e12, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2016.303088>.
- ⁴⁷ Pour une brève explication des avantages et des limitations de l'échantillonnage de population et de l'échantillonnage communautaire, consulter Hottes *et al.*, p. e2.
- ⁴⁸ Intervalles de confiance à 95 % : respectivement 8-15 % et 3-5 %.
- ⁴⁹ Intervalle de confiance à 95 % : 18-22 %.
- ⁵⁰ Ana Maria Buller *et al.*, « Associations between Intimate Partner Violence and Health among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-Analysis », *PLOS Medicine* 11, n° 3, 2014, p. e1001609, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001609>.
- ⁵¹ Sabrina N. Nowinski et Erica Bowen, « Partner violence against heterosexual and gay men: Prevalence and correlates », *Aggression and Violent Behavior* 17, n° 1, 2012, pp. 36-52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2011.09.005>. Il convient de signaler que les 54 études prises en compte par Nowinski et Bowen opérationnalisent l'hétérosexualité et l'homosexualité de plusieurs façons différentes.
- ⁵² *Ibid.*, p. 39.
- ⁵³ *Ibid.*, p. 50.
- ⁵⁴ Shonda M. Craft et Julianne M. Serovich, « Family-of-Origin Factors and Partner Violence in the Intimate Relationships of Gay Men Who Are HIV Positive », *Journal of Interpersonal Violence* 20, n° 7, 2005, pp. 777-791, <http://dx.doi.org/10.1177/0886260505277101>.
- ⁵⁵ Catherine Finneran et Rob Stephenson, « Intimate Partner Violence Among Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review », *Trauma, Violence, & Abuse* 14, n° 2, 2013, pp. 168-185, <http://dx.doi.org/10.1177/1524838012470034>.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 180.

⁵⁷ Bien qu'une étude ait révélé un taux d'à peine 12 %, la plupart des études (17 sur 24) a montré que la VPI physique était d'au moins 22 %, avec neuf études enregistrant des taux égaux ou supérieurs à 31 %.

⁵⁸ Bien que Finneran et Stephenson affirment que cette mesure n'a été observée que dans six études, le tableau qu'ils présentent contient huit études mesurant la violence psychologique, parmi lesquelles sept affichaient des taux égaux ou supérieurs à 33 %, dont cinq avec des taux égaux ou supérieurs à 45 %.

⁵⁹ Naomi G. Goldberg et Ilan H. Meyer, « Sexual Orientation Disparities in History of Intimate Partner Violence: Results From the California Health Interview Survey », *Journal of Interpersonal Violence* 28, n° 5, 2013, pp. 1109-1118, <http://dx.doi.org/10.1177/0886260512459384>.

⁶⁰ Gregory L. Greenwood *et al.*, « Battering Victimization Among a Probability-Based Sample of Men Who Have Sex With Men », *American Journal of Public Health* 92, n° 12, 2002, pp. 1964-1969, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.92.12.1964>.

⁶¹ *Ibid.*, p. 1967.

⁶² *Ibid.*

⁶³ Sari L. Reisner *et al.*, « Mental Health of Transgender Youth in Care at an Adolescent Urban Community Health Center: A Matched Retrospective Cohort Study », *Journal of Adolescent Health* 56, n° 3, 2015, pp. 274-279, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>.

⁶⁴ Risque relatif : 3,95.

⁶⁵ Risque relatif : 3,27.

⁶⁶ Risque relatif : 3,61.

⁶⁷ Risque relatif : 3,20.

⁶⁸ Risque relatif : 4,30.

⁶⁹ Risque relatif : 2,36.

⁷⁰ Risque relatif : 4,36.

⁷¹ Anne P. Haas, Philip L. Rodgers et Jody Herman, « Suicide Attempts Among Transgender and Gender Non-Conforming Adults: Findings of the National Transgender Discrimination Survey », Williams Institute, UCLA School of Law, janvier 2014, <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/AFSP-Williams-Suicide-Report-Final.pdf>.

⁷² *Ibid.*, p. 2.

⁷³ *Ibid.*, p. 8.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 13.

⁷⁵ Kristen Clements-Nolle *et al.*, « HIV Prevalence, Risk Behaviors, Health Care Use, and Mental Health Status of Transgender Persons: Implications for Public Health Intervention », *American Journal of Public Health* 91, n° 6, 2001, pp. 915-921, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.91.6.915>.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 919.

⁷⁷ Consulter, par exemple, Ilan H. Meyer, « Minority Stress and Mental Health in Gay Men », *Journal of Health and Social Behavior* 36, 1995, pp. 38-56, <http://dx.doi.org/10.2307/2137286> ; Bruce P. Dohrenwend, « Social Status and Psychological Disorder: An Issue of Substance and an Issue of Method », *American Sociological Review* 31, n° 1, 1966, pp. 14-34, <http://www.jstor.org/stable/2091276>.

⁷⁸ Pour des aperçus du modèle de stress social et des tendances de santé mentale parmi les populations LGB, consulter Ilan H. Meyer, « Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence », *Psychological Bulletin* 129, n° 5, 2003, pp. 674-697, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674> ; Robert Graham *et al.*, *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People, op. cit* ; Gregory M. Herek et Linda D. Garnets, « Sexual Orientation and Mental Health », *Annual Review of Clinical Psychology* 3, 2007, pp. 353-375,

<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091510> ; Mark L. Hatzenbuehler, « How Does Sexual Minority Stigma 'Get Under the Skin'? A Psychological Mediation Framework », *Psychological Bulletin* 135, n° 5, 2009, pp. 707-730, <http://dx.doi.org/10.1037/a0016441>.

⁷⁹ Consulter, par exemple, Ilan H. Meyer, « The Right Comparisons in Testing the Minority Stress Hypothesis: Comment on Savin-Williams, Cohen, Joyner, and Rieger (2010) », *Archives of Sexual Behavior* 39, n° 6, 2010, pp. 1217-1219.

⁸⁰ Il ne faut pas utiliser cet argument pour suggérer que le stress social est un concept trop vague pour les sciences sociales empiriques ; le modèle de stress social peut certainement produire des hypothèses empiriques quantitatives telles que des hypothèses sur les corrélations entre les facteurs de stress et les conséquences spécifiques sur la santé mentale. Dans ce contexte, le terme « modèle » ne fait pas référence à un modèle statistique du type de ceux qui sont souvent utilisés dans la recherche en sciences sociales. Le modèle de stress social est un « modèle » dans un sens métaphorique.

⁸¹ Meyer, « Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations », p. 676.

⁸² Meyer, « Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations », p. 680 ; Gregory M. Herek, J. Roy Gillis et Jeanine C. Cogan, « Psychological Sequelae of Hate-Crime Victimization Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults », *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, n° 6, 1999, pp. 945-951, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.945> ; Allegra R. Gordon et Ilan H. Meyer, « Gender Nonconformity as a Target of Prejudice, Discrimination, and Violence Against LGB Individuals », *Journal of LGBT Health Research* 3, n° 3, 2008, pp. 55-71, <http://dx.doi.org/10.1080/15574090802093562> ; David M. Huebner, Gregory M. Rebchook et Susan M. Kegeles, « Experiences of Harassment, Discrimination, and Physical Violence Among Young Gay and Bisexual Men », *American Journal of Public Health* 94, n° 7, 2004, pp. 1200-1203, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.7.1200> ; Rebecca L Stotzer, « Violence against transgender people: A review of United States data », *Aggression and Violent Behavior* 14, n° 3, 2009, pp. 170-179, <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2009.01.006> ; Rebecca L. Stotzer, « Gender identity and hate crimes: Violence against transgender people in Los Angeles County », *Sexuality Research and Social Policy* 5, n° 1, 2008, pp. 43-52, <http://dx.doi.org/10.1525/srsp.2008.5.1.43>.

⁸³ Stotzer, « Gender identity and hate crimes », pp. 43-52 ; Emilia L. Lombardi *et al.*, « Gender Violence: Transgender Experiences with Violence and Discrimination », *Journal of Homosexuality* 42, n° 1, 2002, pp. 89-101, http://dx.doi.org/10.1300/J082v42n01_05 ; Herek, Gillis et Cogan, « Psychological Sequelae of Hate-Crime Victimization Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults », pp. 945-951 ; Huebner, Rebchook et Kegeles, « Experiences of Harassment, Discrimination, and Physical Violence Among Young Gay and Bisexual Men », pp. 1200-1203 ; Anne H. Faulkner et Kevin Cranston, « Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students », *American Journal of Public Health* 88, n° 2, 1998, pp. 262-266, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.88.2.262>.

⁸⁴ Herek, Gillis et Cogan, « Psychological Sequelae of Hate-Crime Victimization Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults », pp. 945-951.

⁸⁵ Jack McDevitt *et al.*, « Consequences for Victims: A Comparison of Bias- and Non-Bias-Motivated Assaults », *American Behavioral Scientist* 45, n° 4, 2001, pp. 697-713, <http://dx.doi.org/10.1177/0002764201045004010>.

⁸⁶ Caitlin Ryan et Ian Rivers, « Lesbian, gay, bisexual and transgender youth: Victimization and its correlates in the USA and UK », *Culture, Health & Sexuality* 5, n° 2, 2003, pp. 103-119, <http://dx.doi.org/10.1080/1369105011000012883> ; Elise D. Berlan *et al.*, « Sexual Orientation and Bullying Among Adolescents in the Growing Up Today Study », *Journal of Adolescent Health* 46, n° 4, 2010, pp. 366-371, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.10.015> ; Ritch C. Savin-Williams, « Verbal and Physical Abuse as Stressors in the Lives of Lesbian, Gay Male, and Bisexual Youths: Associations With School Problems, Running Away, Substance Abuse, Prostitution, and Suicide », *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, n° 2, 1994, pp. 261-269, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.62.2.261>.

⁸⁷ Stephen T. Russell *et al.*, « Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescent School Victimization: Implications for Young Adult Health and Adjustment », *Journal of School Health* 81, n° 5, 2011, pp. 223-230, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00583.x>.

⁸⁸ Joanna Almeida *et al.*, « Emotional Distress Among LGBT Youth: The Influence of Perceived Discrimination Based on Sexual Orientation », *Journal of Youth and Adolescence* 38, n° 7, 2009, pp. 1001-1014, <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-009-9397-9>.

- ⁸⁹ M.V. Lee Badgett, « The Wage Effects of Sexual Orientation Discrimination », *Industrial and Labor Relations Review* 48, n° 4, 1995, pp. 726-739, <http://dx.doi.org/10.1177/001979399504800408>.
- ⁹⁰ M.V. Lee Badgett, « Bias in the Workplace: Consistent Evidence of Sexual Orientation and Gender Identity Discrimination 1998–2008 », *Chicago-Kent Law Review* 84, n° 2, 2009, pp. 559-595, <http://scholarship.kentlaw.iit.edu/cklawreview/vol84/iss2/7>.
- ⁹¹ Marieka Klawitter, « Meta-Analysis of the Effects of Sexual Orientation on Earning », *Industrial Relations* 54, n° 1, 2015, pp. 4-32, <http://dx.doi.org/10.1111/irel.12075>.
- ⁹² Jonathan Platt *et al.*, « Unequal depression for equal work? How the wage gap explains gendered disparities in mood disorders », *Social Science & Medicine* 149, 2016, pp. 1-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.056>.
- ⁹³ Craig R. Waldo, « Working in a majority context: A structural model of heterosexism as minority stress in the workplace », *Journal of Counseling Psychology* 46, n° 2, 1999, pp. 218-232, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.46.2.218>.
- ⁹⁴ M.W. Linn, Richard Sandifer et Shayna Stein, « Effects of unemployment on mental and physical health », *American Journal of Public Health* 75, n° 5, 1985, pp. 502-506, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.75.5.502> ; Jennie E. Brand, « The far-reaching impact of job loss and unemployment », *Annual Review of Sociology* 41, 2015, pp. 359-375, <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-soc-071913-043237> ; Marie Conroy, « A Qualitative Study of the Psychological Impact of Unemployment on individuals » (mémoire de master, Institut de technologie de Dublin, septembre 2010), <http://arrow.dit.ie/aaschssldis/50/>.
- ⁹⁵ Irving Goffman, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Simon & Schuster, New York, 1963 ; Brenda Major et Laurie T. O'Brien, « The Social Psychology of Stigma », *Annual Review of Psychology*, 56, 2005, pp. 393-421, <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>.
- ⁹⁶ Major et O'Brien, « The Social Psychology of Stigma », p. 395.
- ⁹⁷ Bruce G. Link *et al.*, « On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse », *Journal of Health and Social Behavior* 38, n° 1997, pp. 177-190, <http://dx.doi.org/10.2307/2955424>.
- ⁹⁸ Walter R. Gove, « The Current Status of the Labeling Theory of Mental Illness » dans *Deviance and Mental Illness*, éd. Walter R. Gove, Sage, Beverly Hills, Californie, 1982, p. 290.
- ⁹⁹ Un travail de recherche théorique sur les processus de stigmatisation qui est souvent cité est celui de Hatzenbuehler, « How Does Sexual Minority Stigma 'Get Under the Skin'? », *op. cit.*, <http://dx.doi.org/10.1037/a0016441>.
- ¹⁰⁰ Walter O. Bockting *et al.*, « Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population », *American Journal of Public Health* 103, n° 5, 2013, pp. 943-951, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>.
- ¹⁰¹ Robin J. Lewis *et al.*, « Stressors for Gay Men and Lesbians: Life Stress, Gay-Related Stress, Stigma Consciousness, and Depressive Symptoms », *Journal of Social and Clinical Psychology* 22, n° 6, 2003, pp. 716-729, <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.22.6.716.22932>.
- ¹⁰² *Ibid.*, p. 721.
- ¹⁰³ Aaron T. Beck *et al.*, *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Press, New York, 1979.
- ¹⁰⁴ Wendy Bostwick, « Assessing Bisexual Stigma and Mental Health Status: A Brief Report », *Journal of Bisexuality* 12, n° 2, 2012, pp. 214-222, <http://dx.doi.org/10.1080/15299716.2012.674860>.
- ¹⁰⁵ Lars Wichstrøm et Kristinn Hegna, « Sexual Orientation and Suicide Attempt: A Longitudinal Study of the General Norwegian Adolescent Population », *Journal of Abnormal Psychology* 112, n° 1, 2003, pp. 144-151, <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.112.1.144>.
- ¹⁰⁶ Anthony R. D'Augelli et Arnold H. Grossman, « Disclosure of Sexual Orientation, Victimization, and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults », *Journal of Interpersonal Violence* 16, n° 10, 2001, pp. 1008-1027, <http://dx.doi.org/10.1177/088626001016010003> ; Eric R. Wright et Brea L. Perry, « Sexual Identity Distress, Social Support, and the Health of Gay, Lesbian, and Bisexual Youth », *Journal of Homosexuality* 51, n° 1, 2006, pp. 81-110, http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n01_05 ; Judith A. Clair, Joy E. Beatty et Tammy L.

MacLean, « Out of Sight But Not Out of Mind: Managing Invisible Social Identities in the Workplace », *Academy of Management Review* 30, n° 1, 2005, pp. 78-95, <http://dx.doi.org/10.5465/AMR.2005.15281431>.

¹⁰⁷ Consulter, par exemple, *Emotion, Disclosure, and Health*, American Psychological Association, Washington, D.C., 2002), éd. James W. Pennebaker ; Joanne Frattaroli, « Experimental Disclosure and Its Moderators: A Meta-Analysis », *Psychological Bulletin* 132, n° 6, 2006, pp. 823-865, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823>.

¹⁰⁸ Consulter, par exemple, James M. Croteau, « Research on the Work Experiences of Lesbian, Gay, and Bisexual People: An Integrative Review of Methodology and Findings », *Journal of Vocational Behavior* 48, n° 2, 1996, pp. 195-209, <http://dx.doi.org/10.1006/jvbe.1996.0018> ; Anthony R. D'Augelli, Scott L. Hershberger et Neil W. Pilkington, « Lesbian, Gay, and Bisexual Youth and Their Families: Disclosure of Sexual Orientation and Its Consequences », *American Journal of Orthopsychiatry* 68, n° 3, 1998, pp. 361-371, <http://dx.doi.org/10.1037/h0080345> ; Margaret Rosario, Eric W. Schrimshaw et Joyce Hunter, « Disclosure of Sexual Orientation and Subsequent Substance Use and Abuse Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths: Critical Role of Disclosure Reactions », *Psychology of Addictive Behaviors* 23, n° 1, 2009, pp. 175-184, <http://dx.doi.org/10.1037/a0014284> ; D'Augelli et Grossman, « Disclosure of Sexual Orientation, Victimization, and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults », pp. 1008-1027 ; Belle Rose Ragins, « Disclosure Disconnects: Antecedents and Consequences of Disclosing Invisible Stigmas across Life Domains », *Academy of Management Review* 33, n° 1, 2008, pp. 194-215, <http://dx.doi.org/10.5465/AMR.2008.27752724> ; Nicole Legate, Richard M. Ryan et Netta Weinstein, « Is Coming Out Always a 'Good Thing'? Exploring the Relations of Autonomy Support, Outness, and Wellness for Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals », *Social Psychological and Personality Science* 3, n° 2, 2012, pp. 145-152, <http://dx.doi.org/10.1177/1948550611411929>.

¹⁰⁹ Belle Rose Ragins, Romila Singh et John M. Cornwell, « Making the Invisible Visible: Fear and Disclosure of Sexual Orientation at Work », *Journal of Applied Psychology* 92, n° 4, 2007, pp. 1103-1118, <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.92.4.1103>.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 1114.

¹¹¹ Dawn Michelle Baunach, « Changing Same-Sex Marriage Attitudes in America from 1988 Through 2010 », *Public Opinion Quarterly* 76, n° 2, 2012, pp. 364-378, <http://dx.doi.org/10.1093/poq/nfs022> ; Pew Research Center, « Changing Attitudes on Gay Marriage », publication en ligne, 29 juillet 2015, <http://www.pewforum.org/2015/07/29/graphics-slideshow-changing-attitudes-on-gay-marriage/> ; Bruce Drake, Pew Research Center, « How LGBT adults see society and how the public sees them », publication en ligne, 25 juin 2013, <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2013/06/25/how-lgbt-adults-see-society-and-how-the-public-sees-them/>.

¹¹² Mark L. Hatzenbuehler, Katherine M. Keyes et Deborah S. Hasin, « State-Level Policies and Psychiatric Morbidity In Lesbian, Gay, and Bisexual Populations », *American Journal of Public Health* 99, n° 12, 2009, pp. 2275-2281, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.153510>.

¹¹³ Deborah S. Hasin et Bridget F. Grant, « The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 50, n° 11, 2015, pp. 1609-1640, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-015-1088-0>.

¹¹⁴ Mark L. Hatzenbuehler *et al.*, « The Impact of Institutional Discrimination on Psychiatric Disorders in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: A Prospective Study », *American Journal of Public Health* 100, n° 3, 2010, pp. 452-459, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.168815>.

¹¹⁵ Sharon Scales Rostosky *et al.*, « Marriage Amendments and Psychological Distress in Lesbian, Gay, and Bisexual (LGB) Adults », *Journal of Counseling Psychology* 56, n° 1, 2009, pp. 56-66, <http://dx.doi.org/10.1037/a0013609>.

¹¹⁶ Roberto Maniglio, « The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews », *Clinical Psychology Review* 29, 2009, p. 647, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>.