

THE NEW ATLANTIS

A JOURNAL OF TECHNOLOGY & SOCIETY

NUMÉRO 50 ~ AUTOMNE 2016

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

Préface 1

Lawrence S. Mayer

Résumé exécutif 4

LA SEXUALITÉ ET LE GENRE

Conclusions de la biologie, la psychologie,
et les sciences sociales

Lawrence S. Mayer, M.B., M.S., Ph.D. et Paul R. McHugh, M.D.

Introduction 6

Première partie : L'orientation sexuelle 8

Résumé 8

Les problèmes associés à la définition des concepts clefs 9

Le contexte du désir sexuel 13

L'orientation sexuelle 14

La contestation de l'hypothèse du « né comme ça » 18

Les études de jumeaux 18

La génétique moléculaire 23

Le rôle limité de la génétique 24

L'influence des hormones 25

L'orientation sexuelle et le cerveau 29

Une mauvaise interprétation de la recherche 30

La victimisation de l'abus sexuel 31

La distribution des désirs sexuels et leur évolution dans le temps 37

Conclusion 44

Notes 45

Deuxième partie : La sexualité, la santé mentale et le stress social 54

Résumé 54

Quelques remarques préliminaires 55

Sexualité et santé mentale	55
Sexualité et suicide	59
Sexualité et violence exercée par un partenaire intime	63
Les conséquences sur la santé des transgenres	66
Les explications des problèmes de santé : le modèle de stress social	67
<i>La discrimination et les événements préjudiciables</i>	69
<i>Le stigmat</i>	70
<i>La dissimulation</i>	72
<i>La mise à l'épreuve du modèle</i>	73
Conclusion	75
Notes	76

Troisième partie : L'identité de genre **84**

<i>Résumé</i>	84
Les principaux concepts et leurs origines	85
La dysphorie du genre	90
Le genre et la physiologie	93
L'identité transgenre chez les enfants	99
Les interventions thérapeutiques chez les enfants	100
Les interventions thérapeutiques chez les adultes	101
Notes	105

Conclusion **110**

THE NEW ATLANTIS

A JOURNAL OF TECHNOLOGY & SOCIETY

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

Préface

Ce rapport a été rédigé à l'attention du grand public et des professionnels de la santé mentale afin d'attirer l'attention – et de présenter certaines découvertes scientifiques – sur les problèmes de santé mentale qui affectent les populations LGBT.

Il fait suite à une demande de Paul R. McHugh, M.D., ancien directeur de psychiatrie de l'hôpital Johns Hopkins et un des plus éminents psychiatres dans le monde. Le Dr McHugh m'a demandé de réviser une monographie qu'il avait rédigée avec des collègues sur des questions concernant l'orientation et l'identité sexuelles ; ma mission originale était de garantir l'exactitude des conclusions statistiques et de consulter des sources complémentaires. J'ai consacré les mois suivants à lire attentivement plus de cinq cents articles scientifiques sur ces sujets et à consulter des centaines d'autres références. J'ai été frappé d'apprendre que la communauté LGBT présentait un taux disproportionné de problèmes de santé mentale par comparaison avec l'ensemble de la population.

Comme mon intérêt pour la question ne cessait de croître, j'ai exploré des recherches dans une série de disciplines scientifiques telles que l'épidémiologie, la génétique, l'endocrinologie, la psychiatrie, la neuroscience, l'embryologie et la pédiatrie. J'ai également examiné un nombre important d'études empiriques académiques menées en sciences sociales, et notamment en psychologie, en sociologie, en science politique, en économie et en études de genre.

J'ai accepté d'assumer le rôle d'auteur principal de ce rapport, et de réécrire, de réorganiser et d'étoffer le texte. J'assume chaque phrase contenue dans ce rapport, sans réserve et sans préjuger d'un quelconque débat politique ou philosophique. Ce rapport traite, ni plus ni moins, de science et de médecine.

Il se peut que les lecteurs qui s'interrogent sur le sens de cette synthèse de recherche à partir de disciplines aussi différentes souhaitent en savoir davantage sur son auteur principal. Je suis un universitaire à plein temps qui travaille dans tous les aspects de l'enseignement, de la recherche et des services professionnels. Je suis biostatisticien et épidémiologiste. Mon activité se centre sur la conception, sur l'analyse et sur l'interprétation de données expérimentales et d'observation dans le domaine de la santé publique et de la médecine, en particulier lorsque les données sont complexes du fait de questions scientifiques sous-jacentes. Je suis médecin-chercheur, j'ai suivi une formation en médecine et en psychiatrie au Royaume-Uni et j'ai obtenu un diplôme en médecine britannique (M.B.) qui équivaut au M.D. américain. Je n'ai jamais pratiqué la médecine (ni la psychiatrie), ni aux États-Unis, ni à l'étranger. J'ai témoigné dans des dizaines de procédures judiciaires et d'audiences réglementaires au niveau fédéral et des États, dans la plupart des cas en examinant la littérature scientifique afin de clarifier les questions étudiées. Je défends de toutes mes forces l'égalité et je m'oppose à toute discrimination à l'égard de la communauté LGBT. J'ai d'ailleurs témoigné en faveur de plusieurs de ses membres en qualité d'expert statistique.

Préface

J'ai exercé la fonction de professeur titulaire à plein temps pendant plus de quarante ans. J'ai été nommé dans huit universités différentes : Princeton, University of Pennsylvania, Stanford, Arizona State University, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health and School of Medicine, Ohio State, Virginia Tech et University of Michigan. J'ai également occupé des postes de recherche dans différentes institutions, notamment à la clinique Mayo.

J'ai obtenu des nominations à plein temps et à mi-temps dans vingt-trois disciplines telles que la statistique, la biostatistique, l'épidémiologie, la santé publique, la méthodologie sociale, la psychiatrie, les mathématiques, la sociologie, les sciences politiques, l'économie et l'informatique biomédicale. Ceci dit, mes domaines de recherche ont beaucoup moins varié que mes postes universitaires : j'ai consacré ma carrière à apprendre comment les statistiques et les modèles sont utilisés dans les différentes disciplines dans le but d'améliorer l'utilisation de ces modèles et l'analyse des données en examinant des questions d'intérêt dans les sphères politique, réglementaire ou juridique.

J'ai publié dans de nombreuses revues révisées par des pairs de haut niveau (notamment *The Annals of Statistics*, *Biometrics* et *l'American Journal of Political Science*) et j'ai révisé des centaines de manuscrits soumis pour publication à un grand nombre des principales revues médicales, statistiques et épidémiologiques (notamment *The New England Journal of Medicine*, le *Journal of the American Statistical Association* et *l'American Journal of Public Health*).

Je suis actuellement chercheur-résident au département de psychiatrie à la Johns Hopkins School of Medicine, ainsi que professeur de statistiques et de biostatistiques à l'Arizona State University. Jusqu'au 1^{er} juillet 2016, j'ai également occupé un poste à temps partiel à la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and School of Medicine et à la clinique Mayo.

Une entreprise aussi ambitieuse que ce rapport n'aurait pas pu voir le jour sans les conseils de nombreux et talentueux spécialistes et éditeurs. Je suis reconnaissant pour son aide désintéressée à Laura E. Harrington, M.D., M.S., une psychiatre qui possède une longue formation en médecine interne et en neuroimmunologie, dont la pratique clinique se centre sur les femmes en transition de vie, et notamment sur le traitement et la thérapie affirmative pour la communauté LGBT. Elle a participé à l'intégralité du rapport, et plus particulièrement en apportant son savoir dans les sections ayant trait à l'endocrinologie et à la recherche sur le cerveau. Je suis également redevable à Bentley J. Hanish, B.S., un jeune généticien qui devrait obtenir son diplôme de médecine en 2021 avec un M.D./Ph.D en épidémiologie psychiatrique. Il a contribué à l'intégralité de ce rapport, et en particulier aux sections ayant trait à la génétique.

Je souhaite remercier vivement le soutien apporté par la Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health and School of Medicine, par l'Arizona State University et par la clinique Mayo.

Au cours de la rédaction de ce rapport, j'ai consulté de nombreuses personnes qui m'ont demandé de ne pas les remercier nominativement. Certains craignaient une réaction acerbe de la part des membres les plus militants de la communauté LGBT, tandis que d'autres craignaient une réaction acerbe de la part des membres les plus fervents des communautés conservatrices religieuses. Plus dérangeant est cependant le fait que certains craignaient des représailles de la part de leur propre université pour le simple fait d'aborder des sujets polémiques, quel que soit le contenu du rapport. Triste image de la liberté universitaire.

Préface

Je dédie mon travail réalisé dans ce rapport, en premier lieu, à la communauté LGBT qui présente un taux disproportionné de problèmes de santé mentale par comparaison avec l'ensemble de la population. Nous devons trouver la manière de soulager leur souffrance.

Je le dédie également aux spécialistes qui mènent des recherches impartiales sur des questions controversées. Puissent-ils ne jamais se perdre dans les tempêtes politiques.

Et, surtout, je dédie mon travail aux enfants qui luttent avec leur sexualité et avec leur genre. Les enfants constituent un cas à part lorsqu'on évoque les questions de genre. Au cours de leur développement, de nombreux enfants explorent l'idée d'appartenir au sexe opposé. Certains enfants peuvent améliorer leur bien-être psychologique, s'ils sont encouragés et soutenus dans leur identification sexuelle inversée, en particulier si l'identification est forte et qu'elle persiste dans le temps. Mais presque tous les enfants finissent par s'identifier à leur sexe biologique. L'argument selon lequel un enfant de deux ans, qui aurait manifesté des pensées ou des comportements identifiés au sexe opposé, pourrait être étiqueté à vie comme transgenre n'a absolument aucune justification scientifique. De fait, il est injuste de penser que tous les enfants qui ont des pensées ou des comportements sexuels atypiques à un moment donné de leur développement, en particulier avant la puberté, devraient être encouragés à devenir transgenres.

En tant que citoyens, spécialistes et cliniciens sensibles aux problèmes auxquels font face les personnes LGBT, nous ne devrions être prisonniers d'aucune vision particulière concernant la nature de la sexualité ou de l'identité de genre. Au contraire, nous devrions être guidés d'abord et avant tout par les besoins des patients en difficulté et rechercher sans préjugé la façon de les aider à mener une vie épanouie et digne.

LAWRENCE S. MAYER, M.B., M.S., Ph.D.

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

Résumé exécutif

Ce rapport contient un résumé précis et une explication à jour des recherches issues des sciences biologiques, psychologiques et sociales concernant l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Il est présenté dans l'espoir qu'il puisse améliorer notre capacité en tant que médecins, scientifiques et citoyens à aborder les problèmes de santé dont souffrent les populations LGBT dans notre société.

En voici les principales conclusions :

Première partie : l'orientation sexuelle

- L'affirmation selon laquelle l'orientation sexuelle est une propriété innée, biologiquement fixée des êtres humains – autrement dit que les individus « sont nés comme ça » – n'a pas été démontrée par des données scientifiques.
- S'il est démontré que des facteurs biologiques tels que les gènes et les hormones sont associés aux attirances et aux comportements sexuels, il n'y a pas de cause biologique démontrant de façon irréfutable l'orientation sexuelle humaine. Tandis que des chercheurs ont identifié des différences mineures dans les structures du cerveau et dans l'activité cérébrale entre les homosexuels et les hétérosexuels, ces conclusions neurobiologiques ne démontrent pas si ces différences sont innées ou le fruit de facteurs environnementaux et psychologiques.
- Des études longitudinales menées sur des adolescents laissent entendre que l'orientation sexuelle peut être assez fluide au cours de la vie de certaines personnes. Une de ces études estime notamment que pas moins de 80 % des adolescents masculins qui déclarent ressentir une attirance pour le même sexe ne le font plus à l'âge adulte (bien que certains chercheurs aient contesté la mesure dans laquelle ce chiffre reflète les changements réels d'attirances pour le même sexe et non uniquement des artifices du processus d'enquête).
- Par comparaison avec les hétérosexuels, les non-hétérosexuels sont de deux à trois fois plus susceptibles d'avoir subi des abus sexuels pendant leur enfance.

Deuxième partie : la sexualité, les conséquences sur la santé mentale et le stress social

- Par comparaison avec la population générale, les sous-populations non-hétérosexuelles présentent un risque élevé de connaître une série de problèmes de santé en général et de santé mentale en particulier.

- On estime que les membres de la population non-hétérosexuelle ont près d'1,5 fois plus de risques de souffrir de troubles de l'anxiété que les membres de la population hétérosexuelle, ainsi que près de 2 fois plus de risques de dépression, 1,5 fois plus de risques de toxicomanie et près de 2,5 fois plus de risques de suicide.
- Les membres de la population transgenre sont également davantage exposés à une série de troubles mentaux que les membres de la population non-transgenre. Le taux de tentatives de suicide au cours d'une vie observé chez des individus transgenres, tous âges confondus, est particulièrement alarmant car il est estimé à 41 % contre moins de 5 % pour la population globale des États-Unis.
- Il a été démontré, bien que de façon limitée, que les facteurs de stress social tels que la discrimination et le stigmate contribuent au risque élevé qu'ont les populations non-hétérosexuelles et transgenres de connaître des problèmes de santé mentale. Il convient de mener d'autres études longitudinales de haut niveau afin de convertir le « modèle de stress social » en un instrument utile pour comprendre les problèmes de santé publique.

Troisième partie : l'identité de genre

- L'hypothèse qui veut que l'identité de genre serait une propriété innée et fixée de l'être humain, indépendante du sexe biologique – une personne pourrait être « un homme emprisonné dans le corps d'une femme » ou « une femme emprisonnée dans le corps d'un homme » – n'a pas été démontrée par des données scientifiques.
- Selon une étude récente, environ 0,6 % des adultes américains s'identifient à un genre qui ne correspond pas à leur sexe biologique.
- Des études comparant les structures cérébrales d'individus transgenres et non-transgenres ont démontré de faibles corrélations entre la structure cérébrale et l'identification sexuelle inversée. Ces corrélations n'apportent aucun élément de preuve de l'existence d'une base neurobiologique dans l'identification sexuelle inversée.
- Par comparaison avec la population générale, les adultes qui ont subi une intervention de changement de sexe continuent d'être exposés à un risque plus élevé de souffrir des troubles de santé mentale. Une étude a établi que les individus qui avaient changé de sexe étaient environ 5 fois plus susceptibles de commettre une tentative de suicide et environ 19 fois plus susceptibles de mourir d'un suicide que les groupes témoins.
- Les enfants constituent un cas à part lorsqu'on évoque la question des transgenres. Seule une minorité d'enfants qui ressentent une identification sexuelle inversée la maintiendra à l'adolescence ou à l'âge adulte.
- Il existe peu de données scientifiques indiquant l'existence de la valeur thérapeutique des interventions qui retardent la puberté ou qui modifient les caractéristiques sexuelles secondaires des adolescents, même s'il est possible que certains enfants aient amélioré leur bien-être psychologique après avoir été encouragés et soutenus dans leur identification sexuelle inversée. On ne dispose d'aucune donnée indiquant que tous les enfants qui ont des pensées ou un comportement sexuels atypiques devraient être encouragés à devenir transgenres.

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

Introduction

Peu de sujets sont aussi complexes et controversés que l'orientation sexuelle et l'identité de genre de l'être humain. Ces questions touchent nos pensées et nos sentiments les plus intimes et nous aident à nous définir à la fois comme des individus et comme des êtres sociaux. Les discussions concernant les questions éthiques suscitées par l'orientation sexuelle et l'identité de genre peuvent devenir houleuses et personnelles, tandis que les questions de politique qui y sont associées suscitent parfois de lourdes controverses. Les parties en lice, les journalistes et les législateurs qui interviennent dans ces débats évoquent l'autorité de la science, tandis que la presse, les médias sociaux et notre large culture populaire se plaignent « de ce que la science dit » sur ces questions.

Ce rapport présente un résumé précis et une explication actuelle d'un nombre important des conclusions les plus rigoureuses obtenues par les sciences biologiques, psychologiques et sociales concernant l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Nous avons examiné une abondante littérature dans différentes disciplines. Nous avons essayé d'accepter les limites de la recherche et d'éviter les conclusions prématurées qui impliqueraient une surinterprétation des conclusions scientifiques. Sachant que la littérature pertinente est truffée de définitions incohérentes et ambiguës, nous ne nous sommes pas limités à examiner les preuves empiriques, mais nous avons également exploré les problèmes conceptuels sous-jacents. En revanche, ce rapport n'aborde pas de questions relevant de la moralité ou de la politique : notre objectif concerne la preuve scientifique - ce qu'elle montre et ce qu'elle ne montre pas.

Dans la première partie, nous commençons par analyser de façon critique si des concepts comme l'hétérosexualité, l'homosexualité et la bisexualité représentent des propriétés différentes, fixées et biologiquement déterminées des êtres humains. Dans le cadre de cette discussion, nous examinons l'hypothèse répandue du « né comme ça », qui postule que l'orientation sexuelle humaine est biologiquement innée ; nous examinons le fondement de cette affirmation dans différentes sous-spécialités des sciences biologiques. Nous explorons les origines développementales des attirances sexuelles, la mesure dans laquelle ces attirances peuvent évoluer au fil du temps et les complexités inhérentes à l'intégration de ces attirances dans l'identité sexuelle de l'individu. Partant d'études de jumeaux et d'autres types de recherche, nous analysons des facteurs génétiques, environnementaux et hormonaux. Nous explorons également certaines des preuves scientifiques qui associent la science du cerveau à l'orientation sexuelle.

Dans la deuxième partie, nous examinons les recherches concernant les conséquences sur la santé dans la mesure où elles sont associées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre. Il existe un risque plus élevé, observé de façon systématique, de problèmes de santé physique et mentale dans les sous-populations lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles et transgenres par comparaison avec la population générale. Ces problèmes incluent la dépression, l'anxiété, l'abus de substances et, ce qui est plus alarmant, le suicide. C'est ainsi que le taux de

tentatives de suicide parmi les sous-populations transgenres aux États-Unis est estimé à 41 %, soit dix fois plus que dans la population générale. Comme médecins, universitaires et scientifiques, nous estimons que toutes les discussions qui suivent dans ce rapport doivent être abordées dans la perspective de cette question de santé publique.

Nous examinons également des idées proposées pour expliquer ces différentes conséquences sur la santé, notamment le « modèle de stress social ». Cette hypothèse – qui postule que des facteurs de stress comme le stigmate (en français, on parle assez peu de stigmate dans ce sens-là, plutôt de stigmatisation, mais je serais d'avis de laisser stigmate avec une note du traducteur) et les préjugés sont à l'origine d'une partie importante de la souffrance supplémentaire qui est observée dans ces sous-populations – ne semble pas fournir une explication complète des écarts observés dans ces résultats.

De la même façon que la première partie examine l'hypothèse selon laquelle l'orientation sexuelle est fixe et possède une cause biologique, une section de la troisième partie analyse des questions semblables concernant l'identité de genre. Le sexe biologique (les catégories binaires de masculin et de féminin) est un aspect fixe de la nature humaine, même si certains individus atteints de troubles du développement sexuel peuvent présenter des caractères sexuels ambigus. Par contre, l'identité de genre est un concept social et psychologique qui n'est pas clairement défini et on dispose de peu de données scientifiques attestant qu'il s'agit d'une propriété biologique fixe et innée.

La troisième partie aborde également les procédures de changement de sexe et la preuve de leur efficacité dans le soulagement des problèmes de santé mentale qui affectent de nombreux individus se déclarant transgenres. Par comparaison avec la population générale, les transgenres en période post-opératoire restent exposés à un risque élevé de problèmes de santé mentale.

Les interventions médicales réalisées sur des jeunes non-conformes avec leur genre constituent un sujet de haute préoccupation. Ces jeunes suivent de plus en plus de thérapies qui affirment leur genre ressenti et s'exposent même à des traitements hormonaux ou à des modifications chirurgicales à un jeune âge. Ceci dit, la plupart des enfants qui s'identifient à un genre ne correspondant pas à leur sexe biologique ne le feront plus lorsqu'ils atteindront l'âge adulte. Nous sommes inquiets et frappés par la gravité et par l'irréversibilité de certaines interventions qui sont commentées publiquement et pratiquées sur des enfants.

L'orientation sexuelle et l'identité de genre ne peuvent pas s'expliquer par des théories simples. Il existe un profond écart entre la certitude qui enveloppe les convictions sur ces questions et ce que révèle une évaluation sobre de la science. Cette complexité et cette incertitude nous obligent à reconnaître humblement ce que nous savons et ce que nous ignorons. Nous n'avons aucune peine à reconnaître que ce rapport ne constitue pas une analyse exhaustive des questions qu'il aborde et qu'il ne clôt nullement le débat. La science n'est sûrement pas la seule voie qui permette de comprendre cette question extrêmement complexe et à multiples facettes. Il existe d'autres sources de sagesse et de connaissance, telles que l'art, la religion, la philosophie et le vécu humain. Et une grande partie de nos connaissances scientifiques dans ce domaine demeure incertaine. Nous proposons néanmoins cet aperçu de la littérature scientifique dans l'espoir qu'il puisse fournir un cadre commun favorisant un discours intelligent et éclairé dans des sphères politiques, professionnelles et scientifiques, et qu'il puisse améliorer notre capacité, en tant que citoyens engagés, à soulager la souffrance et à favoriser la santé et l'épanouissement de l'être humain.

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

Première partie

L'orientation sexuelle

Tandis que d'aucuns ont l'impression que l'orientation sexuelle est un trait inné, fixe et biologique des êtres humains – autrement dit, que nous soyons hétérosexuels, homosexuels ou bisexuels, nous sommes « nés comme ça » –, on ne dispose pas de données scientifiques suffisantes pour soutenir cette affirmation. En fait, le concept d'orientation sexuelle est en soi très ambigu ; il peut faire allusion à une série de comportements, à des sentiments d'attirance ou à un sentiment d'identité. Les études épidémiologiques révèlent une association relativement faible entre les facteurs génétiques et les attirances ou les comportements sexuels, mais ne donnent pas de preuve significative visant des gènes particuliers. Il existe également des preuves indiquant d'autres causes biologiques supposées de comportements, d'attirances ou d'identité homosexuelle telles que l'influence des hormones sur le développement prénatal, mais ces preuves sont également limitées. Des études menées sur le cerveau d'homosexuels et d'hétérosexuels ont détecté certaines différences, mais n'ont pas démontré que ces différences soient innées, plutôt que résultantes de facteurs environnementaux qui ont influencé à la fois des caractéristiques psychologiques et neurobiologiques. Un facteur environnemental qui semble être corrélé avec la non-hétérosexualité est l'existence de violences sexuelles subies pendant l'enfance, qui peut également contribuer à augmenter le taux de problèmes de santé mentale dans les sous-populations non-hétérosexuelles par comparaison avec la population générale. Dans l'ensemble, des éléments de preuve suggèrent une certaine fluidité dans les modèles d'attirance ou de comportement sexuel, contrairement à la notion du « né comme ça » qui simplifie à l'excès l'énorme complexité de la sexualité humaine.

Le débat populaire sur l'orientation sexuelle se caractérise par deux idées opposées sur la raison pour laquelle certaines personnes sont lesbiennes, homosexuelles ou bisexuelles. Tandis que certains affirment que l'orientation sexuelle est un choix, d'autres soutiennent que l'orientation sexuelle est une caractéristique fixe de la nature de chacun et que l'on « naît comme ça ». Nous espérons démontrer ici que, bien que l'orientation sexuelle ne soit pas un choix, il n'existe aucune preuve scientifique indiquant que l'orientation sexuelle est une propriété biologique fixe et innée.

On trouve un excellent exemple récent d'une personne décrivant l'orientation sexuelle comme étant un choix chez Cynthia Nixon, une vedette de la populaire série télévisée *Sex and the City*, qui déclarait dans une interview publiée en janvier 2012 dans le *New York Times* : « Pour moi, c'est un choix, et vous n'avez pas à définir mon homosexualité à ma place » ; et d'ajouter qu'elle était « très gênée » en abordant la question de savoir si les homosexuels étaient ou non nés comme ça. « Pourquoi est-ce que cela ne pourrait pas répondre à un choix ? Pourquoi est-ce moins légitime ? »¹. De façon similaire, Brandon Ambrosino écrivait en 2014

dans le *The New Republic* qu'« il est temps que la communauté LGBT cesse d'avoir peur du mot « choix » et récupère la dignité de l'autonomie sexuelle »².

Par contre, les partisans de l'hypothèse du « né comme ça », exprimée notamment par Lady Gaga dans sa chanson « Born This Way » écrite en 2011, postulent qu'il existe une cause biologique à l'origine de l'orientation sexuelle et essaient souvent d'étayer leurs revendications à l'aide de conclusions scientifiques. Citant trois études scientifiques³ et un article du magazine *Science*,⁴ Mark Joseph Stern, dans un article écrit pour *Slate* en 2014, affirme que « l'homosexualité, du moins chez l'homme, est clairement, indiscutablement et incontestablement une caractéristique innée »⁵. Ceci dit, comme l'a expliqué quelques années après cette étude le neuroscientifique Simon LeVay, dont le travail réalisé en 1991 a révélé des différences cérébrales chez les homosexuels masculins par rapport aux hétérosexuels masculins, « il est important de souligner ce que je n'ai pas trouvé. Je n'ai pas démontré que l'homosexualité est génétique et je n'ai pas trouvé de cause génétique au caractère homosexuel. Je n'ai pas démontré que les homosexuels masculins sont « nés comme ça », ce qui est l'erreur la plus fréquemment commise lors de l'interprétation de mon travail. Je n'ai pas non plus localisé de centre homosexuel dans le cerveau »⁶.

De nombreux ouvrages récents contiennent des visions populaires de la science qui revendiquent le caractère inné de l'orientation sexuelle. Ces ouvrages exagèrent souvent, ou du moins simplifient à l'excès, des conclusions scientifiques complexes. Ainsi, dans un livre de 2005, le psychologue et rédacteur scientifique Leonard Sax répond à la question d'une mère inquiète qui se demande si son fils adolescent perdra ses attirances homosexuelles : « Du point de vue biologique, la différence entre un homosexuel et un hétérosexuel est semblable à la différence entre un gaucher et un droitier. Être gaucher n'est pas uniquement une étape. Un gaucher ne deviendra pas droitier par enchantement... De même que certains enfants, à la naissance, sont destinés à être gauchers, certains garçons sont destinés à devenir homosexuels »⁷.

Cependant, comme nous l'avancions dans cette partie du rapport, peu de données scientifiques sont apportées à l'appui de l'affirmation selon laquelle l'attirance sexuelle serait simplement fixée par des facteurs innés et déterministes tels que les gènes. La compréhension populaire des conclusions scientifiques suppose souvent l'existence d'une causalité déterministe alors que les conclusions ne justifient pas cette présomption.

Une autre limitation importante de la recherche, et de l'interprétation des études scientifiques, sur ce sujet est le fait que certains concepts centraux – y compris l'« orientation sexuelle » elle-même – sont souvent ambigus, ce qui rend difficile l'obtention de mesures fiables aussi bien dans des études particulières que dans la comparaison de résultats entre différentes études. Avant d'aborder les preuves scientifiques concernant le développement de l'orientation et du désir sexuels, nous allons donc examiner en long et en large certaines des ambiguïtés conceptuelles les plus délicates dans l'étude de la sexualité humaine afin de dresser un portrait plus complet des concepts importants.

Les problèmes associés à la définition des concepts clés

Un article publié en 2014 dans le *New York Times Magazine* intitulé « The Scientific Quest to Prove Bisexuality Exists »⁸ offre une illustration des questions explorées dans cette première partie – désir, attirance, orientation et identité sexuels – ainsi que les difficultés de la définition et de l'étude de ces concepts. Concrètement, l'article révèle qu'une approche scientifique de l'étude de la sexualité humaine peut entrer en conflit avec les opinions les plus répandues sur l'orientation sexuelle ou avec la perception que de nombreuses personnes ont de leurs propres désirs et identités sexuels. Ces conflits soulèvent des interrogations importantes

concernant le fait de savoir si l'orientation sexuelle et les concepts associés sont aussi cohérents et bien définis que ne le présupposent souvent les chercheurs et le grand public.

L'auteur de l'article, Benoit Denizet-Lewis, un homosexuel déclaré, décrit le travail des scientifiques et d'autres personnes visant à démontrer l'existence d'une orientation bisexuelle stable. Il a consulté des chercheurs à la Cornell University et a participé à des tests destinés à mesurer l'excitation sexuelle, qui comprenaient notamment l'observation de la dilatation des pupilles en réponse à des images sexuellement explicites. Il a été surpris d'observer, d'après cette mesure scientifique, qu'il était excité lorsqu'il regardait des films pornographiques montrant des femmes en train de se masturber.

Est-ce que je serais bisexuel ? Aurais-je été tellement convaincu de mon identité homosexuelle – que j'ai adoptée à l'époque du lycée et que j'ai annoncée en grande pompe à ma famille et à mes amis – que je ne me serais pas autorisé à explorer une autre partie de mon identité ? D'une certaine manière, bon nombre d'homosexuels et de lesbiennes ne conçoivent pas le simple fait de se poser ces questions. Ce type d'incertitude publiquement partagée est du pain béni pour la droite chrétienne et pour le mouvement scientifiquement discutable et psychologiquement dommageable des ex-homosexuels qu'elle a contribué à alimenter. Après tout, les homosexuels et les lesbiennes, nous sommes censés être sûrs, nous sommes censés « être nés comme ça »⁹.

Malgré la preuve apparemment scientifique (bien que limitée) de ses comportements d'excitation typiquement bisexuels, Denizet-Lewis a refusé l'idée qu'il était réellement bisexuel parce que « cela sonne faux comme orientation sexuelle et ne correspond pas à mon identité »¹⁰.

La préoccupation de Denizet-Lewis illustre ici une série des dilemmes soulevés par l'étude scientifique de la sexualité humaine. Les mesures objectives utilisées par les chercheurs semblent être incompatibles avec la compréhension plus intuitive et subjective de l'excitation sexuelle ; notre propre compréhension de ce qui suscite notre excitation sexuelle est liée à l'ensemble de notre vécu de la sexualité. En outre, l'insistance de Denizet-Lewis sur son homosexualité, et non sa bisexualité, et son inquiétude quant au fait que l'incertitude au sujet de son identité pourrait avoir des implications sociales et politiques soulignent le fait que l'orientation et l'identité sexuelles ne sont pas perçues uniquement sous un angle scientifique et personnel, mais également d'un point de vue social, moral et politique.

Mais dans quelle mesure les catégories d'orientation sexuelle – avec des étiquettes telles que « bisexuel », « homosexuel » ou « hétérosexuel » – aident-elles les scientifiques à étudier le phénomène complexe de la sexualité humaine ? Lorsque nous examinons le concept d'orientation sexuelle, nous constatons – comme nous allons le démontrer dans cette partie du rapport – que cette notion est trop vague et mal définie pour être très utile du point de vue scientifique et qu'elle doit être remplacée par des concepts définis de façon plus précise. Dans ce rapport, nous essayons d'utiliser des termes plus clairs ; lorsque nous examinons des études scientifiques fondées sur la notion d' « orientation sexuelle », nous veillons à préciser, dans la mesure du possible, la façon dont les scientifiques ont défini le terme ou les termes associés.

Une des principales difficultés qui caractérisent l'examen et la recherche en matière d'orientation sexuelle réside dans le fait que les concepts sous-jacents « désir sexuel », « attirance sexuelle » et « excitation sexuelle » peuvent être ambigus et que le fait qu'une personne s'identifie comme ayant une orientation sexuelle fondée sur un certain schéma de désirs, d'attirances ou d'états d'excitation est encore moins facile à interpréter.

En soi, le mot « désir » peut être utilisé pour couvrir un aspect de la volition qui est plus naturellement exprimé par « je veux » : je veux sortir pour dîner ou faire un voyage en voiture

avec mes amis l'été prochain ou terminer ce projet. Lorsque le terme « désir » est utilisé dans ce sens, les objets du désir sont des *objectifs* relativement déterminés dont certains sont parfaitement réalisables, comme le fait de déménager dans une autre ville ou de trouver un nouvel emploi, et d'autres plus ambitieux et hors d'atteinte, comme le rêve de devenir une vedette de cinéma mondialement connue. Ceci dit, le langage du désir inclut souvent des notions moins claires : des *envies* infinies de vivre une vie qui soit, dans un sens non précisé, différente ou meilleure ; une sensation confuse que quelque chose manque dans notre existence ou dans notre monde ; ou, dans la littérature psychanalytique, des forces dynamiques inconscientes qui façonnent nos comportements cognitifs, émotionnels et sociaux, mais qui sont séparées de notre sentiment ordinaire et conscient de nous-mêmes.

Cette notion plus vigoureuse de désir est, en soi, ambiguë. Elle peut évoquer un état de chose visé comme trouver une raison d'être, un accomplissement et une satisfaction dans sa vie, un désir qui, bien que n'ayant pas d'implications clairement définies, n'est probablement pas tout à fait hors d'atteinte, même si ces envies peuvent également être une manière de fantasmer sur un état de chose radicalement différent, voire irréalisable. Si je veux faire un tour en voiture avec des amis, la marche à suivre est claire : je dois appeler mes amis, fixer une date, choisir un itinéraire, etc. Par contre, si je ressens une envie confuse de changement, un souhait d'intimité durable, d'amour et d'appartenance, ou un conflit inconscient qui entrave ma capacité à progresser dans la vie que j'ai essayé de construire, je suis exposé à un autre type de défi. Il n'existe pas nécessairement une série d'objectifs conscients ou bien définis, et encore moins des manières établies de les réaliser. Ceci ne signifie pas qu'il soit impossible de satisfaire ces envies, mais que cela implique souvent non seulement de choisir des actions concrètes pour réaliser des objectifs particuliers, mais aussi de façonner sa vie de façon plus complexe en agissant, en donnant du sens au monde et en y trouvant sa place.

La première chose à signaler lorsqu'on aborde à la fois les débats populaires et les études scientifiques sur la sexualité est que l'utilisation du terme « désir » peut désigner différents aspects de la vie et de l'expérience humaine.

De la même façon que le terme « désir » peut donner lieu à de nombreuses significations différentes, chacune de ces significations est à son tour complexe, ce qui rend très difficile l'établissement de délimitations claires. Ainsi, le bon sens pourrait suggérer que le terme « désir sexuel » évoque l'envie d'établir des relations sexuelles spécifiques avec des individus (ou catégories d'individus) particuliers. Le psychiatre Steven Levine a introduit cette vision habituelle dans sa définition du désir sexuel comme étant « la somme des forces qui nous poussent vers un rapport sexuel ou qui nous en écartent »¹¹. Mais il n'est pas évident de déterminer comment étudier cette « somme » d'une façon rigoureuse, ni pourquoi tous les différents facteurs susceptibles d'influencer le rapport sexuel, tels que la pauvreté matérielle – par exemple, dans le cas de la prostitution –, la consommation d'alcool et les manifestations d'affection, devraient être regroupés comme étant des aspects du désir sexuel. Comme le fait remarquer Levine lui-même, « Dans l'esprit de chacun, le désir sexuel peut être un concept vague »¹².

Examinons à présent certains cas dans lesquels le terme « désir sexuel » a été utilisé dans des contextes scientifiques pour désigner un ou plusieurs des phénomènes suivants :

1. États d'excitation physique qui peuvent, ou non, être liés à une activité physique spécifique et qui peuvent, ou non, faire l'objet d'une prise de conscience.

2. Intérêt érotique conscient provoqué par l'attraction d'autres personnes (au stade de la perception, de la mémoire ou des fantasmes), qui peut, ou non, impliquer des processus physiologiques associés à des états mesurables d'excitation physique.
3. Intérêt profond à trouver un partenaire ou à établir une relation durable.
4. Aspirations et sensations sentimentales associées au fait de s'enticher ou de tomber amoureux d'un individu en particulier.
5. Tendance à s'attacher à certains individus en particulier.
6. Motivation générale à établir des relations intimes avec un membre d'un groupe spécifique.
7. Mesure esthétique qui se fixe sur la beauté perçue chez d'autres personnes¹³.

Dans une étude de sciences sociales donnée, les concepts susmentionnés auront souvent leur propre définition opérationnelle particulière aux fins de la recherche. Mais ils ne peuvent pas tous avoir le *même* sens. Le profond intérêt à trouver un partenaire, par exemple, est facile à distinguer de l'excitation physique. Si l'on regarde cette liste de phénomènes expérimentaux et psychologiques, on peut facilement imaginer les confusions qui peuvent se produire lorsque le concept « désir sexuel » n'est pas utilisé avec la prudence suffisante.

Le philosophe Alexander Pruss propose un résumé utile de certaines des difficultés qui caractérisent le concept connexe d'attraction sexuelle :

Que signifie être « sexuellement attiré » par quelqu'un ? Est-ce que cela signifie avoir tendance à être excité en sa présence ? Il est évident qu'on peut trouver une personne sexuellement attractive sans éprouver d'excitation. Est-ce que cela implique de penser qu'on est sexuellement attiré par une personne ? Pas du tout, car le fait de penser qu'on est sexuellement attiré par quelqu'un peut être faux. On peut, par exemple, confondre l'admiration du physique et l'attraction sexuelle. Est-ce que cela veut dire qu'on ressent le désir non instrumental d'avoir une relation sexuelle ou sentimentale avec cette personne ? Probablement pas : on peut imaginer une personne qui n'éprouve pas d'attraction sexuelle pour quelqu'un, mais qui ressent le désir non instrumental d'avoir une relation sentimentale à cause d'une opinion, fondée sur le témoignage d'autres personnes, selon laquelle les relations sentimentales ont une valeur non instrumentale. Ces questions et d'autres du même ordre suggèrent que le concept d'« attraction sexuelle » recouvre un ensemble de concepts liés et qu'il n'est probablement pas souhaitable de l'enfermer dans une définition précise. Mais si la notion d'attraction sexuelle recouvre un ensemble de concepts, l'hétérosexualité, l'homosexualité et la bisexualité ne sont pas non plus des concepts univoques simples¹⁴.

L'ambiguïté du terme « désir sexuel » (et d'autres termes semblables) devrait nous inciter à réfléchir sur les différents aspects de l'expérience humaine qui y sont souvent associés. Le problème n'est ni insoluble, ni spécifique à cette question. D'autres concepts des sciences sociales – par exemple, l'agression et la dépendance – peuvent également être difficiles à définir

et à opérationnaliser, raison pour laquelle ils admettent différents emplois*. Ceci dit, l'ambiguïté représente un gros défi pour la conception et l'interprétation de la recherche, et exige que nous prêtions attention aux significations, aux contextes et aux résultats spécifiques de chaque étude. Il est également important de faire abstraction de toutes les utilisations ou associations subjectives avec ces termes qui ne seront pas conformes à des classifications et à des techniques scientifiques clairement définies.

Quoi qu'il en soit, ce serait une erreur d'ignorer la variété d'emplois de ce terme et d'autres termes connexes, ou d'essayer de réduire les nombreuses expériences différentes qu'ils peuvent évoquer à un seul concept ou à une seule expérience. Nous verrons plus loin que cette tentative de réduction pourrait, dans certains cas, avoir un impact négatif sur l'évaluation et sur le traitement des patients.

Le contexte du désir sexuel

Nous pouvons apporter davantage de précisions sur le phénomène complexe du désir sexuel en examinant son rapport avec d'autres aspects de notre vie. À cette fin, nous emprunterons certains outils conceptuels à une tradition philosophique appelée phénoménologie, qui conçoit le vécu humain dans son rapport au contexte global dans lequel il apparaît.

D'après le témoignage de l'expérience, le vécu personnel du désir sexuel et de l'attirance sexuelle ne serait pas volontaire, du moins pas d'une façon immédiate. La série d'inclinations que nous associons généralement à l'expérience de désir sexuel – qu'il s'agisse de l'impulsion de réaliser certains actes en particulier ou d'établir certaines relations – ne semble pas être uniquement le produit d'un choix délibéré. Nos appétits sexuels (à l'instar d'autres appétits naturels) sont perçus comme étant donnés, même si leur expression est façonnée de façon subtile par de nombreux facteurs qui pourraient très bien inclure la volition. En réalité, loin d'apparaître comme un produit de notre volonté, le désir sexuel – quelle que soit la définition que nous lui donnions – est souvent perçu comme une force puissante, semblable à la faim, que de nombreuses personnes essaient (surtout à l'adolescence) de canaliser et de maîtriser. En outre, le désir sexuel peut attirer notre attention de façon involontaire ou donner de la couleur à nos perceptions, à nos expériences et à nos rencontres de la vie quotidienne. Apparemment, nous maîtrisons, dans une certaine mesure, la façon dont nous choisissons de vivre avec cet appétit et de l'intégrer dans le reste de notre vie.

Mais la question reste posée : *Qu'est-ce que le désir sexuel ? Qu'est-ce que cette partie de notre vie que nous considérons naturelle, antérieure même à notre capacité à réfléchir et à faire des choix rationnels à son sujet ?* Nous savons qu'il existe un certain type d'appétit sexuel chez des animaux non humains, notamment pendant le cycle œstral des mammifères ; chez la plupart des espèces de mammifères, l'excitation et la réceptivité sexuelles sont liées à la phase du cycle d'ovulation pendant laquelle la femelle est réceptive¹⁵. Une des caractéristiques relativement uniques de l'*Homo sapiens*, qu'on retrouve seulement chez un nombre réduit de primates, est que le désir sexuel n'est pas uniquement lié au cycle ovulatoire de la femme¹⁶. Selon l'opinion de certains biologistes, cela signifie que le désir sexuel chez les humains a évolué pour faciliter

* L'« opérationnalisation » désigne la façon dont les scientifiques en sciences sociales rendent une variable mesurable. L'homosexualité peut être opérationnalisée comme l'ensemble des réponses que les répondants à une enquête donnent à des questions sur leur orientation sexuelle. Elle peut également être opérationnalisée comme des réponses aux questions sur leurs désirs, leurs attirances et leur comportement. L'opérationnalisation de variables selon des méthodes visant à mesurer de façon fiable le caractère ou le comportement étudié est une partie difficile mais importante de toute recherche en sciences sociales.

l'établissement de relations durables entre parents, en dehors de la fonction biologique plus basique de reproduction. Quelle que soit l'explication des origines et des fonctions biologiques de la sexualité humaine, le vécu des désirs sexuels possède une signification qui dépasse les fins biologiques auxquelles répondent les désirs et les rapports sexuels. Cette signification n'est pas un simple ajout subjectif aux réalités physiologiques et fonctionnelles plus fondamentales, mais quelque chose qui imprègne notre vécu de la sexualité.

Comme l'ont observé les philosophes qui étudient la structure de l'expérience consciente, notre façon de ressentir le monde est façonnée par « notre incarnation, nos aptitudes corporelles, notre contexte culturel, notre langue et d'autres pratiques sociales »¹⁷. Bien avant que la plupart d'entre nous ne fasse l'expérience de ce qui est traditionnellement associé au désir sexuel, nous vivons avant tout dans un contexte culturel et social qui implique d'autres personnes, des sentiments, des émotions, des opportunités, des privations, etc. Il se peut que la sexualité, comme d'autres phénomènes humains qui font progressivement partie de notre constitution psychologique, tire ses origines de ces expériences précoces de recherche de signification. Si la recherche de signification fait partie intégrante de l'expérience humaine en général, il est fort probable qu'elle joue un rôle déterminant dans l'expérience sexuelle en particulier. Et sachant que la volition est opérationnelle dans ces autres aspects de la vie, il y a lieu de penser que la volition sera également opérationnelle dans notre expérience de la sexualité, ne fût-ce que comme un des nombreux facteurs qui interviennent dans le processus.

Ceci ne veut pas dire que la sexualité – terme qui englobe le désir, l'attrance et l'identité sexuelle – soit le résultat de calculs de décision délibérés et rationnels. Même si la volition joue un rôle important dans la sexualité, ce concept est en soi assez complexe : une partie importante, pour ne pas dire la plupart, de nos choix volitifs ne semble pas prendre la forme de décisions isolées, conscientes ou délibérées ; « volitif » ne signifie pas nécessairement « délibéré ». La vie d'un agent volitif et de désir implique de nombreux types de comportements tacites associés à des habitudes, à des expériences antérieures, à des souvenirs et à des façons subtiles d'adopter et d'abandonner différentes positions dans la vie.

Si cette conception de la vie d'un agent volitif et de désir est vraie, nous ne « choisissons » pas plus délibérément les objets de nos désirs sexuels que nous ne choisissons les objets de nos autres désirs. Il serait plus juste de dire que nous dirigeons et que nous nous abandonnons progressivement à ces désirs au cours de notre croissance et de notre développement. Ce processus de formation et de reformation personnelle en tant qu'être humain est semblable à ce qu'Abraham Maslow appelle l'auto-réalisation¹⁸. Pourquoi la sexualité serait-elle une exception à ce processus ? Dans le portrait que nous dressons, les facteurs internes, tels que notre constitution génétique, et les facteurs environnementaux extérieurs, tels que les expériences vécues, ne sont que quelques-uns des ingrédients – certes importants – de la complexe expérience humaine du désir sexuel.

L'orientation sexuelle

De la même façon que le concept de « désir sexuel » est complexe et difficile à définir, il n'existe à ce jour aucune définition communément acceptée des concepts « orientation sexuelle », « homosexualité » ou « hétérosexualité » aux fins de la recherche empirique. Est-ce que l'homosexualité, par exemple, doit se caractériser par une référence aux désirs de réaliser des actes en particulier avec des individus du même sexe ? Au fait d'avoir réalisé ces actes ? À des signes particuliers de souhaits ou de fantasmes propres à un individu ? À l'impulsion cohérente visant à rechercher l'intimité de personnes du même sexe ? À une identité sociale imposée par soi-même ou par d'autres personnes ? À quelque chose de tout à fait différent ?

L'essayiste français Marc-André Raffalovich affirmait déjà en 1896, dans un ouvrage sur l'homosexualité, que le terme « homosexualité » (ou ce qu'il appelait « unisexualité ») recouvrait plus de dix types différents d'inclination ou de rapport affectif¹⁹. Raffalovich connaissait bien le sujet car il avait fait la chronique du jugement, de la détention et du déshonneur social de l'écrivain Oscar Wilde, qui avait été poursuivi pour cause de « grossière indécence » avec d'autres hommes. Raffalovich avait maintenu lui-même une longue relation intime avec John Gray, un homme de lettres qui aurait été la source d'inspiration de l'œuvre classique de Wilde, *Le portrait de Dorian Gray*²⁰. Nous pourrions également prendre en compte la vaste littérature psychanalytique du début du XX^e siècle sur la question du désir sexuel qui catalogue en détail les expériences d'individus et leurs cas cliniques. Ces exemples historiques mettent en relief la complexité à laquelle les chercheurs sont encore confrontés aujourd'hui lorsqu'ils essaient d'établir des catégorisations claires des phénomènes affectifs et comportementaux associés au désir sexuel, lesquels présentent une grande variété, à la fois dans les attirances pour le même sexe que pour le sexe opposé.

Nous pouvons comparer cette complexité inhérente avec un phénomène différent, qui peut être défini sans ambiguïté, tel que la grossesse. À quelques exceptions près, une femme est ou n'est pas enceinte, ce qui rend relativement facile la comparaison de sujets de recherche à des fins d'étude : on compare des femmes enceintes avec d'autres qui ne le sont pas. Mais comment les chercheurs peuvent-ils comparer, par exemple, des « homosexuels » et des « hétérosexuels » dans une seule étude ou dans une série d'études différentes sans disposer de définitions, exhaustives et s'excluant mutuellement, des termes « homosexuel » et « hétérosexuel » ?

Pour être plus précis, certains chercheurs cataloguent des concepts associés à la sexualité humaine sur un continuum ou sur une échelle en fonction de variations dans l'omniprésence, la prédominance ou l'intensité. Certaines échelles se centrent à la fois sur l'intensité et sur les objets de désir sexuel. L'échelle la plus connue et la plus utilisée est l'échelle de Kinsey, qui a été créée dans les années 1940 pour classer les désirs et les orientations sexuels à l'aide de critères soi-disant mesurables. On demande aux individus de choisir une des options suivantes :

- 0 - Exclusivement hétérosexuel
- 1 - Principalement hétérosexuel, uniquement occasionnellement homosexuel
- 2 - Principalement hétérosexuel, mais plus qu'occasionnellement homosexuel
- 3 - Aussi bien hétérosexuel qu'homosexuel
- 4 - Principalement homosexuel, mais plus qu'occasionnellement hétérosexuel
- 5 - Principalement homosexuel, uniquement occasionnellement hétérosexuel
- 6 - Exclusivement homosexuel²¹

Ceci dit, cette approche présente des limitations considérables. En principe, les mesures de ce type sont valables dans la recherche en sciences sociales. Elles peuvent être utilisées, par exemple, dans des tests empiriques tels que le classique « test-t », qui aide les chercheurs à mesurer des différences statistiquement significatives entre des séries de données. Cependant, de nombreuses mesures en sciences sociales sont « ordinales », ce qui signifie que ces variables sont classées par ordre d'importance sur un continuum unique et unidimensionnel, mais qu'elles ne sont pas intrinsèquement significatives au-delà de cet aspect. Dans le cas de l'échelle de Kinsey, cette tendance est encore plus accentuée parce qu'elle mesure l'auto-identification des individus sans préciser si les valeurs qu'elle reproduit font toutes allusion au même aspect de la sexualité. En effet, différentes personnes peuvent interpréter les termes « hétérosexuel » et « homosexuel » en référence à des sentiments d'attirance, d'excitation, à des fantasmes, à un

comportement ou à n'importe quelle combinaison de ces aspects. L'ambiguïté des termes limite considérablement l'utilisation de l'échelle de Kinsey en tant que mesure ordinaire donnant un ordre de classement à des variables sur un continuum unique et unidimensionnel. Il n'est donc pas évident que cette échelle aide les chercheurs à faire des classifications, aussi rudimentaires soient-elles, au sein de groupes pertinents en utilisant des critères qualitatifs, et encore moins à classer des variables ou à mener des expériences contrôlées.

Compte tenu de la complexité inhérente à la question, des tentatives visant à élaborer des échelles « objectives » de ce type pourraient s'avérer peu judicieuses. Dans une critique de ce type d'approche des sciences sociales, le philosophe et neuropsychologue Daniel N. Robinson signale que des « affirmations qui se prêtent à différentes interprétations ne deviennent pas « objectives » uniquement parce qu'on les associe à un chiffre »²². Il se peut que des identifications auto-déclarées, assorties d'étiquettes chargées culturellement et intrinsèquement complexes, ne puissent tout simplement pas fournir une base objective pour réaliser des mesures quantitatives chez des individus ou entre des groupes.

Un autre obstacle rencontré par les chercheurs dans ce domaine peut être la croyance populaire, mais mal étayée, que les désirs sentimentaux sont des sublimations des désirs sexuels. L'idée, qui renvoie à la théorie des pulsions inconscientes de Freud, a été contestée par la recherche sur la « théorie de l'attachement », élaborée par John Bowlby dans les années 1950²³. En deux mots, la théorie de l'attachement établit que les expériences affectives ultérieures, qui sont souvent regroupées dans la rubrique générale « sentimental », s'expliquent en partie par des rapports d'attachement développés dans la petite enfance (associés à des figures maternelles ou aux responsables de l'éducation), et non par des pulsions sexuelles inconscientes. Suivant cette ligne de pensée, les désirs sentimentaux pourraient ne pas être aussi fortement corrélés avec les désirs sexuels que l'on a tendance à le penser. Tout porte à croire que les descriptions simples des concepts concernant la sexualité humaine ne doivent pas être prises au pied de la lettre et que la recherche empirique en cours modifie ou complique parfois le sens des concepts.

Si nous examinons les recherches récentes, nous observons que les scientifiques utilisent souvent au moins une des trois catégories suivantes lorsqu'ils tentent de classer les individus en « homosexuels » ou « hétérosexuels » : le comportement *sexuel*; les fantasmes *sexuels* (ou expériences émotionnelles ou affectives associées) et l'*auto-identification* (en tant que « homosexuel », « lesbienne », « bisexuel », « asexuel » et ainsi de suite)²⁴. Certains ajoutent une quatrième catégorie : l'inclusion dans une communauté définie par l'orientation sexuelle. Considérons, par exemple, la définition d'orientation sexuelle donnée par la Société américaine de psychologie dans un document datant de 2008 destiné à sensibiliser le public :

L'orientation sexuelle désigne un type persistant d'*attirances* émotionnelles, sentimentales et/ou sexuelles pour les hommes, les femmes ou les deux sexes. L'orientation sexuelle évoque également le sentiment d'*identité* d'un individu, fondé sur ces attirances, sur des *comportements* associés et sur l'appartenance à une *communauté* d'autres personnes qui partagent ces attirances. Les recherches menées depuis plusieurs décennies ont démontré que l'orientation sexuelle couvre un large *continuum* allant de l'attirance exclusive pour l'autre sexe à l'attirance exclusive pour le même sexe²⁵. [C'est nous qui soulignons]

La difficulté de regrouper ces catégories au sein de la même rubrique générale d'« orientation sexuelle » réside, entre autres, dans le fait que la recherche suggère qu'elles coïncident rarement

dans la vie réelle. Le sociologue Edward O. Laumann et ses collègues résument clairement ce point dans un ouvrage publié en 1994 :

S'il existe un groupe restreint d'individus (environ 2,4 pour cent du total des hommes et environ 1,3 pour cent du total des femmes) dans notre étude qui se *définissent eux-mêmes* comme des homosexuels ou des bisexuels, ayant des *partenaires* du même genre et des *désirs* homosexuels, il existe également des groupes assez importants de personnes qui ne se considèrent ni homosexuels ni bisexuels, mais qui ont eu des expériences homosexuelles à l'âge adulte ou qui expriment un certain degré de désir... Cette première analyse montre clairement qu'il est impossible d'utiliser le moindre chiffre pour établir une caractérisation précise et valide de l'incidence et de la prévalence de l'homosexualité dans l'ensemble de la population. En somme, l'homosexualité est essentiellement un phénomène multidimensionnel qui possède de multiples significations et interprétations en fonction du contexte et de la finalité²⁶. [C'est nous qui soulignons]

Plus récemment, dans une étude de 2002, les psychologues Lisa M. Diamond et Ritch C. Savin-Williams ont formulé une observation similaire :

Plus les chercheurs s'attachent à représenter soigneusement ces constellations – en distinguant, par exemple, *identité des genres* et *identité sexuelle*, *désir* et *comportement*, sentiments *sexuels* vs *affectueux*, *attirances* et *fantasmes* précoces vs tardifs, ou *identifications* sociales et *profils* sexuels –, plus le portrait se complique car très peu d'individus déclarent des inter-corrélations uniformes dans ces domaines²⁷. [C'est nous qui soulignons]

Certains chercheurs reconnaissent la difficulté de regrouper ces différents éléments dans une seule et même rubrique, notamment John C. Gonsiorek et James D. Weinrich qui ont écrit dans un ouvrage de 1991 : « On peut assurer avec certitude qu'il n'existe pas de lien nécessaire entre le comportement sexuel d'un individu et son identité personnelle, à moins que ces deux éléments ne soient évalués de façon individuelle »²⁸. De façon analogue, la sociopsychologue Letitia Anne Peplau affirmait dans un rapport de recherche de 1999 sur le développement de l'orientation sexuelle chez les femmes : « Il existe une abondante documentation qui démontre que les attirances et les rapports entre personnes du même sexe ne sont pas inévitablement ni intrinsèquement liés à l'identité de l'individu »²⁹.

En somme, la complexité qui enveloppe le concept d'« orientation sexuelle » pose de gros défis à la recherche empirique menée dans ce domaine. Si le grand public peut avoir l'impression qu'il existe des définitions scientifiques largement admises de termes tels que l'« orientation sexuelle », la réalité est bien différente. La situation décrite par Diamond en 2003 selon laquelle « il n'existe actuellement pas de consensus scientifique ou populaire sur la constellation exacte d'expériences qui « qualifient » de façon définitive un individu de lesbienne, d'homosexuel ou de bisexuel » reste parfaitement valable aujourd'hui³⁰.

C'est en raison de cette complexité que certains chercheurs, entre autres Laumann, ont caractérisé l'orientation sexuelle comme étant un « phénomène multidimensionnel ». On pourrait cependant se demander si, en essayant d'enfermer ce « phénomène multidimensionnel » dans une seule catégorie, nous ne réifions pas un concept qui correspond en réalité à quelque chose de beaucoup trop plastique et diffus pour avoir une quelconque valeur dans la recherche scientifique. Bien que les étiquettes « hétérosexuel » et « homosexuel » soient

souvent utilisées pour désigner des caractéristiques psychologiques stables, voire biologiques, il se peut qu'elles ne rendent pas compte de la réalité. Il est possible que les expériences affectives, sexuelles et comportementales d'un individu ne se conforment pas bien à ces catégories car, en réalité, ces étiquettes ne désignent pas de typologies naturelles (psychologiques ou biologiques). Enfin, nous devons reconnaître que nous ne possédons pas encore de cadre clair et bien établi de recherche sur ces sujets. Au lieu d'essayer d'analyser le désir, l'attirance, l'identité et le comportement sexuels dans la catégorie générale d'« orientation sexuelle », nous ferions peut-être mieux d'examiner de façon empirique chaque domaine, séparément et dans sa propre spécificité.

Cette partie de notre rapport aborde ainsi la recherche sur le désir sexuel et sur l'attirance sexuelle en se centrant sur les constatations empiriques associées à l'étiologie et au développement, et en mettant en lumière les complexités sous-jacentes. Nous continuerons d'utiliser des termes ambigus tels qu' « orientation sexuelle », lorsque ceux-ci seront utilisés par les auteurs que nous examinons, mais nous essaierons d'être attentifs au contexte dans lequel ils sont employés et aux ambiguïtés qui y sont associées.

La contestation de l'hypothèse du « né comme ça »

Conscients de ces réflexions sur les problèmes des définitions, nous abordons à présent la question de savoir comment les désirs sexuels prennent naissance et se développent. Considérons les différents schémas d'attirance entre des individus qui déclarent ressentir une attirance sexuelle ou sentimentale prédominante pour des individus du même sexe et ceux qui déclarent ressentir une attirance sexuelle ou sentimentale prédominante pour des individus du sexe opposé. Quelles sont les causes de ces deux schémas d'attirance ? Est-ce que ces attirances ou préférences sont innées, peut-être déterminées par nos gènes ou par des hormones prénatales ? Sont-elles acquises par des facteurs expérientiels, environnementaux ou volitifs ? Ou sont-elles le résultat d'une combinaison de ces deux types de causes ? Quel rôle, pour autant qu'il existe, joue le facteur humain dans la genèse des schémas d'attirance ? Quel rôle, pour autant qu'il existe, jouent les influences culturelles ou sociales ?

D'après les résultats des recherches menées sur ces questions, s'il est vrai que des facteurs génétiques ou innés peuvent influencer l'apparition d'attirances entre individus du même sexe, ces facteurs biologiques ne peuvent cependant pas tout expliquer ; les facteurs environnementaux et expérientiels peuvent également jouer un rôle important.

La vision la plus courante dans le discours populaire que nous avons mentionnée plus haut – la notion du « né comme ça », selon laquelle l'homosexualité et l'hétérosexualité seraient biologiquement innées ou le produit de facteurs de développement pendant la petite enfance – a mené de nombreux non-spécialistes à penser que l'homosexualité ou l'hétérosexualité d'un individu est inaltérable et totalement indépendante des choix, des comportements, du vécu et des contextes sociaux. Ceci dit, comme le montrent les débats sur la littérature scientifique autour de ces questions, cette approche n'est pas soutenue par la recherche.

Les études de jumeaux

L'étude de jumeaux identiques constitue un solide plan de recherche visant à déterminer si les caractéristiques biologiques ou psychologiques ont une base génétique. Si la probabilité est élevée que les deux membres d'une paire de jumeaux identiques, possédant le même génome, présentent un caractère donné lorsqu'un des deux membres le possède – ce qu'on appelle le taux de concordance –, on peut en déduire que les facteurs génétiques sont probablement impliqués dans ce caractère. Par contre, si le taux de concordance pour des jumeaux identiques n'est pas plus élevé que le taux de concordance du même caractère chez des faux jumeaux, qui partagent

(en moyenne) seulement la moitié de leurs gènes, ceci indique que l'environnement commun peut être un facteur plus important que les gènes partagés.

Le psychiatre Franz Josef Kallmann a été un des pionniers de la génétique du comportement et un des premiers chercheurs à utiliser les jumeaux pour étudier l'effet des gènes sur les caractères, notamment sur l'orientation sexuelle. Dans un article décisif publié en 1952, il indiquait que dans toutes les paires de jumeaux identiques qu'il avait étudiées, lorsqu'un des jumeaux était homosexuel, les deux l'étaient, ce qui donnait un surprenant taux de concordance de 100 % pour l'homosexualité chez les jumeaux identiques³¹. Si ces résultats avaient été répétés et que l'étude avait été conçue d'une façon plus ingénieuse, elle aurait permis d'étayer l'hypothèse du « né comme ça ». Mais, l'étude a été fortement critiquée. Ainsi, le philosophe et professeur de droit Edward Stein signale que Kallmann n'a pas fourni la preuve que les jumeaux considérés dans son étude étaient bien génétiquement identiques et qu'il a prélevé son échantillon parmi des patients psychiatriques, des prisonniers et d'autres individus à travers ce que Kallmann qualifie de « contacts directs avec le monde homosexuel clandestin ». Ces arguments permettent à Stein d'affirmer que l'échantillon de Kallmann « ne constituait nullement un échantillon représentatif de la population homosexuelle »³². (Les échantillons du type de ceux utilisés par Kallmann sont appelés des échantillons de commodité, autrement dit qui impliquent la sélection d'individus issus de populations facilement accessibles au chercheur.)

Ceci étant, des études bien conçues sur la génétique de l'homosexualité chez les jumeaux indiquent que les facteurs génétiques jouent probablement un certain rôle dans la détermination de l'orientation sexuelle. Ainsi, en 2000, le psychologue J. Michael Bailey et ses collègues ont mené une étude importante sur l'orientation sexuelle des jumeaux auprès de l'Australian National Health and Medical Research Council Twin Registry, en utilisant un vaste échantillon aléatoire, qui était représentant sans doute mieux la population en général que celui de Kallmann³³. Dans le cadre de cette étude, l'échelle de Kinsey était utilisée pour opérationnaliser l'orientation sexuelle et les taux de concordance estimés pour le caractère homosexuel de 20 % pour les hommes et de 24 % pour les femmes chez des jumeaux identiques (maternels, monozygotes), contre 0 % pour les hommes et 10 % pour les femmes chez des faux jumeaux (fraternels, dizygotes)³⁴. La différence observée dans les taux de concordance estimés était statistiquement significative pour les hommes, mais pas pour les femmes. Ces résultats ont permis aux chercheurs d'estimer que l'héritabilité de l'homosexualité chez les hommes était de 0,45 avec un large intervalle de confiance à 95 % de 0,00-0,71 ; pour les femmes, il était de 0,08 avec un intervalle de confiance d'une amplitude semblable de 0,00-0,67. À en juger d'après ces estimations, pour les hommes, 45 % des différences entre certaines orientations sexuelles (homosexuelles *vs* hétérosexuelles, telles qu'elles sont mesurées sur l'échelle de Kinsey) pourraient être attribuées à des différences génétiques.

L'existence de larges intervalles de confiance dans l'étude de Bailey et de ses collègues signifie que nous devons évaluer l'importance de ces résultats avec prudence. À partir de l'interprétation de leurs résultats, les auteurs suggèrent que « tout gène majeur correspondant à une homosexualité strictement définie possède soit une faible pénétration, soit une basse fréquence »³⁵, mais leurs données ont présenté une signification statistique (marginale). Si les estimations de concordance semblent légèrement supérieures dans les modèles utilisés, les intervalles de confiance sont tellement larges qu'il est difficile d'évaluer la fiabilité, voire la reproductibilité de ces estimations.

Il faut préciser ici la signification que prend le terme « héritabilité » dans ces études car la signification technique en génétique des populations est plus étroite et plus précise que celle qu'elle possède dans la vie quotidienne. L'héritabilité montre dans quelle mesure la variation d'un caractère particulier dans une population peut être attribuée à la variation des gènes dans

cette population. Elle ne permet cependant pas d'évaluer dans quelle mesure un caractère est déterminé de façon génétique.

Les caractères qui sont presque intégralement déterminés de façon génétique peuvent avoir de très faibles valeurs d'héritabilité, tandis que des caractères qui n'ont pratiquement pas de base génétique peuvent avoir une forte héritabilité. Par exemple, le nombre de doigts que possèdent les êtres humains est déterminé presque complètement de façon génétique. Il existe cependant une faible *variation* du nombre de doigts que possèdent les êtres humains et la plus grande partie de la variation que nous observons est due à des facteurs non-génétiques tels que des accidents, ce qui diminuerait les estimations d'héritabilité de ce caractère. Inversement, il existe des caractères culturels qui possèdent parfois une forte héritabilité. Ainsi, le fait qu'un individu de l'Amérique du milieu du XX^e siècle porte des boucles d'oreille aurait été considéré comme fortement héréditaire, cette habitude étant largement associée au fait d'être un homme ou une femme, et par là même à la possession des chromosomes XX ou XY. La variabilité du port de boucles d'oreille serait donc hautement associée aux différences génétiques, alors que le port de boucles d'oreille est un phénomène plus culturel que biologique. Aujourd'hui, les estimations d'héritabilité du port de boucles d'oreille seraient plus faibles que ce qu'elles étaient dans l'Amérique du milieu du XX^e siècle, non pas à cause d'une modification du patrimoine génétique américain, mais parce que le port de boucles d'oreille par les hommes est de plus en plus accepté³⁶.

Ainsi, une estimation d'héritabilité de 0,45 ne signifie pas que 45 % de la sexualité est déterminée par les gènes, mais que 45 % de la variation entre individus de la population étudiée peut être attribuée d'une certaine manière à des facteurs génétiques, plutôt qu'à des facteurs environnementaux.

En 2010, l'épidémiologiste psychiatrique Niklas Långström et ses collègues ont mené une étude approfondie et sophistiquée sur l'orientation sexuelle des jumeaux en analysant des données issues de 3 826 paires de vrais et de faux jumeaux du même sexe (2 320 paires de vrais jumeaux et 1 506 paires de faux jumeaux)³⁷. Les chercheurs ont opérationnalisé l'homosexualité selon que les individus avaient eu des partenaires du même sexe au cours de leur vie. Les taux de concordance de l'échantillon étaient légèrement inférieurs à ceux observés dans l'étude de Bailey et de ses collègues. Pour le fait d'avoir eu au moins un partenaire du même sexe, la concordance pour les hommes était de 18 % chez les vrais jumeaux et de 11 % chez les faux jumeaux ; pour les femmes, elle était respectivement de 22 % et de 17 %. Si l'on considère le nombre total de partenaires sexuels, les taux de concordance pour les hommes étaient de 5 % chez les vrais jumeaux et de 0 % chez les faux jumeaux ; pour les femmes, il était respectivement de 11 % et de 7 %.

Dans le cas des hommes, ces taux suggèrent un taux d'héritabilité estimé de 0,39 pour avoir eu au moins un partenaire du même sexe dans leur vie (avec un intervalle de confiance à 95 % de 0,00-0,59), et de 0,34 pour le nombre total de partenaires du même sexe (avec un intervalle de confiance à 95 % de 0,00-0,53). Les facteurs environnementaux ayant affecté un jumeau et pas l'autre expliquaient respectivement 61 % et 66 % de la variance, tandis que les facteurs environnementaux communs aux deux jumeaux n'ont pas expliqué la variance. Dans le cas des femmes, le taux d'héritabilité pour avoir eu au moins un partenaire du même sexe au cours de leur vie était de 0,19 (intervalle de confiance à 95 % de 0,00-0,49) ; pour le nombre total de partenaires du même sexe, il était de 0,18 (intervalle de confiance à 95 % de 0,11-0,45). Les facteurs environnementaux uniques expliquaient respectivement 64 % et 66 % de la variance, tandis que les facteurs environnementaux communs représentaient respectivement 17 % et 16 %. Ces valeurs indiquent que, si la composante génétique du comportement homosexuel est loin d'être négligeable, les facteurs environnementaux non communs jouent un

rôle crucial, et peut-être prépondérant. Les auteurs en concluent donc que l'orientation sexuelle est le fruit d'influences à la fois héréditaires et environnementales propres à chaque individu et affirment que « ces résultats soutiennent l'idée que l'environnement spécifique d'un individu influence manifestement sa préférence sexuelle »³⁸.

Une autre vaste étude sur les jumeaux menée à l'échelle nationale et publiée en 2002 par les sociologues Peter S. Bearman et Hannah Brückner a utilisé des données du centre National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health (couramment abrégé en « Add Health ») concernant des adolescents d'environ 13 à 18 ans³⁹. Ils ont essayé d'évaluer l'influence relative des facteurs sociaux, des facteurs génétiques et des facteurs hormonaux prénataux sur le développement des attirances pour le même sexe. Dans l'ensemble, 8,7 % des 18 841 adolescents de leur étude ont déclaré ressentir des attirances pour le même sexe, 3,1 % ont déclaré avoir eu une relation sentimentale avec un partenaire du même sexe et 1,5 % a déclaré avoir eu des rapports avec des personnes du même sexe. Les auteurs ont d'abord analysé l'« hypothèse de l'influence sociale », selon laquelle les jumeaux de sexe opposé reçoivent une plus faible socialisation entre les genres de la part de leur famille que les jumeaux du même sexe ou que leurs frères et sœurs de sexe opposé, et ont déduit que cette hypothèse était bien soutenue dans le cas des hommes. Alors que les jumeaux féminins de sexe opposé de l'étude constituaient le groupe qui a déclaré le moins d'attirance pour le même sexe (5,3 %), les jumeaux masculins de sexe opposé ont été les plus enclins à déclarer une attirance pour le même sexe (16,8 %), soit deux fois plus que les hommes possédant une sœur propre, non jumelle (16,8 % *vs* 7,3 %). Les auteurs en ont donc déduit qu'il existait « une preuve indirecte évidente attestant un modèle de socialisation au niveau individuel »⁴⁰.

Les auteurs ont également examiné l'« hypothèse d'un transfert intra-utérin d'hormones » selon laquelle le transfert prénatal d'hormones entre des fœtus de jumeaux de sexe opposé influence l'orientation sexuelle des jumeaux. (Notons que ce cas est différent de l'hypothèse plus générale selon laquelle les hormones prénatales influencent le développement de l'orientation sexuelle.) Dans l'étude, la proportion de jumeaux masculins de sexe opposé qui déclaraient ressentir une attirance pour le même sexe était environ deux fois plus élevée pour ceux qui n'avaient pas de frères plus âgés (18,7 %) que pour ceux qui avaient des frères plus âgés (8,8 %). Les auteurs ont affirmé que cette constatation était une preuve manifeste allant à l'encontre de l'hypothèse du transfert d'hormones, car la présence de frères plus âgés ne devrait pas diminuer la probabilité de l'attirance pour le même sexe, si cette attirance trouve ses origines dans les transferts prénataux d'hormones. Cette conclusion semble néanmoins prématurée : les observations coïncident avec la possibilité que les facteurs hormonaux *et* la présence d'un frère plus âgé aient un effet (en particulier si ce dernier facteur influence le premier). Cette étude n'a pas non plus trouvé de corrélation entre le fait de ressentir une attirance pour le même sexe et le fait d'avoir plusieurs frères plus âgés, comme il avait été indiqué dans quelques études antérieures⁴¹.

Finalement, Bearman et Brückner n'ont pas trouvé de preuve attestant une influence génétique significative sur l'attirance sexuelle. Il y aurait une influence significative si les jumeaux identiques présentaient des taux de concordance dans l'attirance pour le même sexe significativement plus élevés que les faux jumeaux ou les frères et sœurs non jumeaux. Or, dans cette étude, les taux étaient statistiquement semblables : les jumeaux identiques avaient une concordance de 6,7 %, les jumeaux dizygotes de 7,2 % et les frères et sœurs de 5,5 %. Les auteurs sont arrivés à la conclusion qu'« il est plus probable qu'une influence génétique quelconque, pour autant qu'elle existe, ne puisse s'exprimer que dans des structures sociales circonscrites et spécifiques »⁴². Ils ont suggéré, à partir de ces données, que la structure sociale observée qui pourrait permettre cette expression génétique serait une « socialisation plus

limitée entre les genres associée aux paires de jumeaux premiers-nés SO [de sexe opposé] »⁴³. Ils en déduisent par conséquent que leurs résultats « soutiennent l'hypothèse qu'une plus faible socialisation entre les genres à la petite enfance et à la préadolescence façonne des préférences sentimentales ultérieures pour le même sexe »⁴⁴. Si ces résultats sont intéressants, il conviendrait néanmoins d'approfondir les recherches pour confirmer cette hypothèse. Les auteurs affirment également que les taux de concordance plus élevés dans l'attirance pour le même sexe rapportés dans des études antérieures pourraient ne pas être fiables à cause de problèmes méthodologiques tels que la prise en compte d'échantillons non représentatifs et la faible dimension des échantillons. (Il faut cependant signaler que ces remarques ont été publiées avant l'étude, mentionnée plus haut, de Långström et de ses collègues, dont le schéma ne semble pas présenter de limitations).

Pour réconcilier les données quelque peu contradictoires sur l'héritabilité, nous pouvons formuler l'hypothèse que l'attirance pour le même sexe pourrait avoir une composante héréditaire plus forte lorsque que les individus vieillissent, c'est-à-dire lorsque les chercheurs essaient de mesurer l'orientation sexuelle plus tard dans la vie (comme dans l'étude menée en 2010 par Långström et ses collègues), que lorsqu'ils la mesurent plus tôt dans la vie. Les estimations d'héritabilité peuvent varier en fonction de l'âge auquel un caractère est mesuré, car les changements dans les facteurs environnementaux susceptibles d'influencer la variation du caractère peuvent varier chez les individus à des âges différents et parce que des caractères déterminés génétiquement peuvent se fixer davantage à une étape ultérieure du développement de l'individu (la taille, par exemple, est fixée au début de l'âge adulte). Cette hypothèse est également suggérée par des constatations, examinées plus loin, selon lesquelles l'attirance pour le même sexe peut être plus fluide à l'adolescence qu'à des étapes ultérieures de la vie adulte.

Contrairement aux études que nous venons de résumer, le psychiatre Kenneth S. Kendler et ses collègues ont mené une vaste étude sur des jumeaux en utilisant un échantillon aléatoire de 794 paires de jumeaux et de 1 380 frères et sœurs non jumeaux⁴⁵. S'appuyant sur les taux de concordance pour l'orientation sexuelle (définie dans cette étude comme l'auto-identification fondée sur l'attirance), les auteurs affirment, à en juger d'après leurs résultats, que « les facteurs génétiques peuvent exercer une influence importante sur l'orientation sexuelle »⁴⁶. L'étude ne semble cependant pas suffisamment solide pour tirer des conclusions cohérentes sur le degré d'influence génétique dans la sexualité : seuls 19 sur les 324 paires de jumeaux identiques avaient un membre non-hétérosexuel, avec une concordance de 6 sur les 19 paires ; seuls 15 sur les 240 paires de faux jumeaux avaient un membre non-hétérosexuel, avec une concordance de 2 sur les 15 paires. Sachant que seules 8 paires de jumeaux présentaient une concordance pour la non-hétérosexualité, la capacité de l'étude à établir des comparaisons significatives entre les vrais et les faux jumeaux (ou entre des jumeaux et des frères et sœurs non jumeaux) est limitée.

Dans l'ensemble, ces études suggèrent que (selon la définition qui est donnée à l'homosexualité) dans 6 % à 32 % de cas, les deux membres d'une paire de jumeaux identiques seraient homosexuels, si l'un d'entre eux l'est. Étant donné que certaines études réalisées sur des jumeaux ont fait apparaître des taux de concordance supérieurs chez les jumeaux identiques que chez les faux jumeaux ou les frères et sœurs non jumeaux, il se peut qu'il existe des influences génétiques sur le désir sexuel et sur les préférences comportementales. Il ne faut pas oublier que les jumeaux identiques ont généralement des environnements encore plus semblables – expériences d'attachement précoce, relations avec leurs pairs et d'autres personnes – que les faux jumeaux ou les frères et sœurs non jumeaux. Ainsi, les jumeaux identiques sont plus susceptibles que les faux jumeaux ou les frères et sœurs non jumeaux d'être traités de la même manière, du fait de leur apparence et de leur tempérament semblables. Il

s'ensuit qu'une partie de ces taux de concordance supérieurs peut être attribuée davantage à des facteurs environnementaux qu'à des facteurs génétiques. Quoi qu'il en soit, si les gènes jouent manifestement un rôle en prédisposant les individus à des désirs ou à des comportements sexuels particuliers, ces études montrent clairement que les influences génétiques ne peuvent pas tout expliquer.

Pour résumer les études de jumeaux, on peut affirmer qu'il n'existe pas de preuve scientifique fiable attestant que l'orientation sexuelle serait déterminée par les gènes d'une personne. Par contre, il est évident que les gènes jouent un rôle et influencent l'orientation sexuelle. La question se pose alors de savoir si « les homosexuels sont nés comme ça ». Il n'existe pratiquement aucune preuve qu'une personne, homosexuelle ou hétérosexuelle, soit « née comme ça », dans le sens où son orientation sexuelle est génétiquement déterminée. Les études de jumeaux montrent cependant que certains profils génétiques peuvent augmenter la probabilité de voir une personne s'identifier plus tard comme homosexuel ou avoir des rapports sexuels avec une personne du même sexe.

Les futures études sur l'héritabilité de l'orientation sexuelle des jumeaux devront inclure des analyses d'échantillons plus vastes, des méta-analyses ou d'autres révisions systématiques afin de pallier la taille limitée des échantillons et la faible force statistique de certaines études existantes, ainsi que des analyses des taux d'héritabilité dans différentes dimensions de la sexualité (telles que l'attraction, le comportement et l'identité) pour remédier aux imprécisions du concept ambigu d'orientation sexuelle et aux limites des études qui n'abordent qu'une seule de ces dimensions de la sexualité.

La génétique moléculaire

En examinant la question de savoir si, et à quel point, la génétique peut contribuer à l'homosexualité, nous avons abordé jusqu'à présent des études qui ont utilisé des méthodes de génétique classique pour évaluer l'héritabilité d'un caractère tel que l'orientation sexuelle, mais qui n'identifient pas des gènes particuliers susceptibles d'être associés à ce caractère⁴⁷. Or, la génétique peut également être étudiée à l'aide de méthodes dites moléculaires, qui donnent des estimations sur les variations génétiques particulières associées à des caractères, qu'ils soient physiques ou comportementaux.

Une étude menée en 1993 par le généticien Dean Hamer et ses collègues sur 40 paires de frères homosexuels a constitué un premier essai visant à identifier une base génétique plus spécifique de l'homosexualité⁴⁸. L'examen de l'histoire familiale de l'homosexualité chez ces individus leur a permis d'identifier un lien possible entre l'homosexualité chez les hommes et des marqueurs génétiques dans la région Xq28 du chromosome X. Les tentatives visant à reproduire les conclusions de cette étude influente ont eu des résultats controversés : si George Rice et ses collègues ont essayé, en vain, de reproduire les constatations de Hamer,⁴⁹ Alan R. Sanders et ses collègues ont réussi, en 2015, à reproduire les résultats originaux de Hamer en utilisant une population plus vaste de 409 paires de frères homosexuels, et à trouver des sites supplémentaires de liaison génétique⁵⁰ (le marqueur génétique ne serait cependant pas un bon indicateur de l'orientation sexuelle car l'effet était limité.)

Les études de liaison génétique, telles que celles que nous avons analysées ici, sont capables d'identifier des régions particulières de chromosomes qui peuvent être associés à un caractère, si l'on examine des schémas héréditaires. Aujourd'hui, une des principales méthodes utilisées pour déterminer les variantes génétiques qui sont associées à un caractère est l'étude d'association pangénomique qui utilise les technologies de séquençage de l'ADN pour identifier des différences particulières dans l'ADN susceptibles d'être associées à un caractère. Les scientifiques examinent des millions de variantes génétiques chez un grand nombre d'individus

possédant un caractère particulier, ainsi que chez ceux ne possédant pas ce caractère, et comparent la fréquence des variantes génétiques parmi ceux qui ont et ceux qui n'ont pas ce caractère. Ils déduisent que les variantes génétiques spécifiques qui se produisent plus souvent chez les individus qui possèdent le caractère en question que chez ceux qui ne le possèdent pas ont une certaine association avec ce caractère. Les études d'association pangénomique se sont répandues ces dernières années, même si peu d'études scientifiques ont révélé l'existence d'associations significatives de variantes génétiques avec l'orientation sexuelle. Le plus grand essai visant à identifier des variantes génétiques associées avec l'homosexualité, une étude portant sur plus de 23 000 individus issus de la base de données 23andMe, présentée à la réunion annuelle de 2012 de l'American Society of Human Genetics, n'a pas trouvé de liaison ayant une signification pangénomique en ce qui concerne l'identité homosexuelle chez les hommes et les femmes⁵¹.

Une fois de plus, la preuve attestant l'existence d'une base génétique pour l'homosexualité n'est donc ni cohérente ni concluante, et par conséquent, si des facteurs génétiques expliquent en partie la variation dans l'orientation sexuelle, la contribution génétique à ce caractère est probablement peu importante et encore moins déterminante.

Comme c'est souvent le cas des tendances comportementales humaines, il se peut que la génétique contribue à la tendance à des inclinations ou à des comportements homosexuels. L'expression phénotypique des gènes est généralement influencée par des facteurs environnementaux, c'est-à-dire que différents environnements peuvent donner lieu à différents phénotypes et ce, même pour les mêmes gènes. Or, quand bien même il existerait des facteurs génétiques contribuant à l'homosexualité, les attirances ou préférences sexuelles d'un individu peuvent également être influencées par une série de facteurs environnementaux tels que les facteurs de stress social et les abus émotionnels, physiques ou sexuels. Il faudrait examiner les facteurs de développement, environnementaux, expérientiels, sociaux ou volitifs pour dresser un portrait plus complet du mode de développement des intérêts, des attirances et des désirs sexuels.

Le rôle limité de la génétique

À ce stade de la réflexion, les lecteurs non spécialisés pourront observer que, même au niveau purement biologique de la génétique, les scientifiques ont abandonné l'éternel débat « inné-acquis » en matière de psychologie humaine, conscients de l'impossibilité d'avancer la moindre hypothèse crédible concernant la détermination d'un caractère particulier exclusivement par la génétique ou par l'environnement. La discipline très en vogue de l'épigénétique, par exemple, démontre que même pour des caractères relativement simples, l'expression génétique peut être influencée par une infinité d'autres facteurs externes qui peuvent façonner le fonctionnement des gènes⁵². C'est encore plus vrai lorsqu'il s'agit des relations entre les gènes et les caractères complexes tels que l'attirance, les pulsions et les comportements sexuels.

Ces relations gènes-environnement sont complexes et multidimensionnelles. Les facteurs développementaux non génétiques et les expériences environnementales peuvent être marqués en partie par des facteurs génétiques qui opèrent de façon subtile. Ainsi, les généticiens sociaux ont documenté le rôle indirect des gènes dans les comportements alignés sur les pairs, de sorte que l'aspect physique d'une personne pourrait influencer son admission ou son exclusion d'un groupe social particulier⁵³.

Les généticiens contemporains savent que les gènes peuvent influencer une série d'intérêts et de motivations d'un individu, et, par conséquent, affecter son comportement. Si les gènes peuvent ainsi orienter une personne vers certains comportements, il semble moins

plausible qu'ils puissent forcer un comportement directement et indépendamment d'une série d'autres facteurs. Ils peuvent influencer le comportement d'une façon plus subtile, en fonction de stimulations environnementales externes (par exemple, la pression, la suggestion et les récompenses comportementales de la part des pairs), combinées à des facteurs psychologiques et à une constitution physique. Dean Hamer, dont le travail sur le rôle éventuel de la génétique dans l'homosexualité a été abordé plus haut, a expliqué certaines des limitations de la génétique comportementale dans un article publié en 2002 dans *Science* : « Le véritable responsable [du manque de progrès dans la génétique comportementale] est la supposition que l'énorme complexité de la pensée et de l'émotion humaines peut être réduite à une simple liaison linéaire entre des gènes individuels et des comportements... Ce modèle simplifié à l'excès, qui sous-tend la plupart de la recherche actuelle en génétique comportementale, ignore l'importance critique du cerveau, de l'environnement et des réseaux d'expression des gènes »⁵⁴.

Les influences génétiques qui affectent n'importe quel comportement humain complexe – qu'il s'agisse de comportements sexuels ou d'interactions interpersonnelles – dépendent en partie des expériences de vie des individus au fur et à mesure qu'ils vieillissent. Les gènes ne représentent qu'un des nombreux et importants facteurs d'influence sur le comportement, à côté des influences environnementales, des choix personnels et des expériences interpersonnelles. À ce jour, les éléments de preuve suggèrent fortement que la contribution des facteurs génétiques est modeste. Nous pouvons affirmer avec certitude que les gènes ne sont pas la seule cause essentielle de l'orientation sexuelle ; il est établi que les gènes contribuent modestement au développement des attirances et des comportements sexuels, mais peu de preuves viennent étayer l'argument simpliste du « né comme ça » concernant la nature de l'orientation sexuelle.

L'influence des hormones

Un autre domaine de recherche ayant trait à l'hypothèse selon laquelle les individus sont nés avec des dispositions pour différentes orientations sexuelles implique l'existence d'influences prénatales sur le développement physique et sur les comportements ultérieurs typiquement masculins ou féminins depuis la plus petite enfance. Pour des raisons éthiques et pratiques, le travail expérimental dans ce domaine est réalisé sur des mammifères non humains, ce qui limite la possibilité de généraliser cette recherche aux cas humains. Ceci dit, les enfants qui sont nés avec des troubles du développement sexuel (TDS) constituent une population dans laquelle on peut examiner l'influence des anomalies génétiques et hormonales sur le développement ultérieur de l'identité sexuelle atypique et sur l'orientation sexuelle.

On considère généralement que les hormones responsables de la différenciation sexuelle exercent sur le développement du fœtus des effets *organisationnels* – qui produisent des modifications permanentes dans le câblage et la sensibilité du cerveau, et qui sont donc considérés en grande partie irréversibles – ou des effets d'*activation*, qui se produisent plus tard dans la vie de l'individu (à la puberté et à l'âge adulte)⁵⁵. Les hormones organisationnelles peuvent amorcer la structure des systèmes fœtaux (notamment celle du cerveau) et préparer la voie de la sensibilité aux hormones qui se présenteront à partir de la puberté, lorsqu'elles « activeront » des systèmes déjà « organisés » avant la naissance.

On suppose que les périodes de réponse maximale à l'environnement hormonal se produisent pendant la gestation. Par exemple, on pense que la testostérone exerce une influence maximale sur le fœtus masculin pendant les semaines 8 et 24, puis à nouveau à la naissance et jusqu'à l'âge d'environ trois mois⁵⁶. Les œstrogènes sont fournis tout au long de la gestation par le placenta et par le système sanguin de la mère⁵⁷. Des études menées sur des animaux ont révélé qu'il peut même exister plusieurs périodes de sensibilité pour une variété d'hormones, que la présence d'une hormone peut influencer l'action d'une autre et que la sensibilité des

récepteurs à ces hormones peut influencer leurs actions⁵⁸. La différenciation sexuelle est, en soi, un système extrêmement complexe.

Les hormones spécifiques qui nous intéressent dans ce domaine de la recherche sont la testostérone, la dihydrotestostérone (un métabolite de la testostérone, plus puissant que celle-ci), l'œstradiol, la progestérone et le cortisol. Le processus généralement admis de l'influence hormonale normale du développement dans l'utérus est le suivant : le schéma typique de la différenciation sexuelle dans les fœtus humains commence par la différenciation des organes sexuels en testicules ou ovaires, un processus qui est largement contrôlé du point de vue génétique. Une fois qu'ils ont été différenciés, ces organes produisent des hormones spécifiques qui déterminent le développement des organes génitaux externes. C'est à ce stade de la gestation que les hormones exercent leurs effets phénotypiques et neurologiques. La testostérone sécrétée par les testicules contribue au développement des organes génitaux externes masculins et affecte le développement neurologique chez l'homme⁵⁹ ; c'est l'absence de testostérone chez la femme qui permet au modèle féminin d'organes génitaux de se développer⁶⁰. Les déséquilibres de testostérone ou d'œstrogène, ainsi que leur présence ou absence à des périodes critiques de la gestation, peuvent provoquer des troubles du développement sexuel. (Des effets génétiques ou environnementaux peuvent également provoquer des troubles du développement sexuel).

Le stress peut également influencer dans une certaine mesure la façon dont les hormones façonnent le développement gonadal, le neurodéveloppement et les comportements propres à chaque sexe dès la plus petite enfance⁶¹. Le cortisol est la principale hormone associée à la réponse au stress. Il peut provenir de la mère, si elle est exposée à d'importants facteurs de stress pendant sa grossesse, ou du fœtus en situation de stress⁶². Des défauts génétiques peuvent également provoquer des niveaux élevés de cortisol⁶³. Un des troubles du développement sexuel qui est le plus étudié est l'hyperplasie congénitale des surrénales (HCS), qui peut entraîner une virilisation des organes génitaux chez la femme⁶⁴. Plus de 90 % des cas de HCS proviennent d'une mutation d'un gène qui code pour une enzyme capable de synthétiser le cortisol⁶⁵. Ceci produit une surproduction des précurseurs du cortisol, dont certains sont convertis en androgènes (hormones associées au développement sexuel masculin)⁶⁶. Il s'ensuit que les filles naissent avec un certain degré de virilisation de leurs organes génitaux, en fonction de la gravité du défaut génétique⁶⁷. Les cas graves de virilisation des organes génitaux justifient parfois la réalisation d'une intervention chirurgicale afin de normaliser ces organes. Par ailleurs, des thérapies hormonales sont souvent administrées pour adoucir les effets de la production excessive d'androgènes⁶⁸. Les femmes atteintes de HCS, qui ont été exposées au stade du fœtus à des niveaux d'androgènes supérieurs à la moyenne, ont moins de chances d'être exclusivement hétérosexuelles que des femmes non atteintes de HCS, et les femmes atteintes de formes plus graves de HCS sont plus susceptibles d'être non-hétérosexuelles que les femmes atteintes de formes plus douces de cette maladie⁶⁹.

De façon analogue, il existe des troubles du développement sexuel chez des mâles génétiques affectés par une insensibilité aux androgènes. Chez les hommes atteints du syndrome d'insensibilité aux androgènes, les testicules produisent de la testostérone de façon normale, mais les récepteurs de testostérone ne fonctionnent pas⁷⁰. À la naissance, les organes génitaux sont féminins et, généralement, l'enfant est élevé comme une fille. La testostérone endogène de l'individu est transformée en œstrogène, de sorte que l'individu commence à développer des caractères sexuels secondaires féminins⁷¹. Le problème n'apparaît pas avant la puberté, période pendant laquelle l'individu ne parvient pas à avoir des règles normales⁷². En général, ces patients préfèrent continuer leur vie de femme et leur orientation sexuelle ne diffère pas de celle des femmes possédant le génotype XX⁷³. À en juger d'après certaines études,

ils sont tout autant susceptibles, sinon plus, d'être intéressés uniquement par des partenaires masculins que les femmes XX⁷⁴.

Il existe d'autres troubles du développement sexuel affectant certains mâles génétiques (c'est-à-dire possédant un génotype XY), chez lesquels la carence d'androgène est la conséquence directe de l'absence d'enzymes permettant soit de synthétiser la dihydrotestostérone à partir de la testostérone soit de produire de la testostérone à partir de son hormone précurseur⁷⁵. Les personnes présentant ces carences sont nées avec des degrés variables d'organes sexuels ambigus et sont parfois éduquées comme des filles. Cependant, à la puberté, elles subissent souvent une virilisation physique et doivent alors décider si elles veulent vivre comme des hommes ou comme des femmes. Peggy T. Cohen-Kettenis, une professeur de développement des genres et psychopathologue, a observé que 39 à 64 % des individus présentant ces carences qui sont éduqués comme des filles décident à l'adolescence de changer de vie et de vivre comme des hommes. Elle signale également que « le degré de masculinisation des organes génitaux externes à la naissance ne semble pas être lié de façon systématique aux changements de rôle sexuel »⁷⁶.

Les études de jumeaux mentionnées plus haut peuvent mettre en lumière le rôle des influences hormonales maternelles, étant donné que les vrais jumeaux et les faux jumeaux sont exposés à des influences hormonales maternelles semblables dans l'utérus. Les taux de concordance relativement faibles observés dans les études de jumeaux suggèrent que les hormones prénatales, comme les facteurs génétiques, ne jouent pas un rôle déterminant dans l'orientation sexuelle. D'autres essais visant à trouver des influences hormonales significatives sur le développement sexuel ont également donné des résultats mitigés et le poids de leurs conclusions n'est pas clair. Comme les études directes des influences hormonales prénatales sur le développement sexuel sont difficiles à réaliser du point de vue méthodologique, certaines études ont essayé de développer des modèles dans lesquels les différences d'exposition hormonale prénatale peuvent être indirectement déduites en mesurant des changements morphologiques subtils ou en examinant les troubles hormonaux qui apparaissent plus tard pendant le développement.

À titre d'exemple, un indicateur approximatif des taux de testostérone prénatale utilisé par les chercheurs est le rapport entre la longueur du deuxième doigt (index) et du quatrième doigt (annulaire), qui est couramment appelé « ratio 2D:4D ». Certains signes montrent que le ratio peut être influencé par l'exposition prénatale à la testostérone, de sorte que des taux plus élevés d'exposition chez les hommes produisent des index plus courts par rapport aux annulaires (ou un faible ratio 2D:4D) et vice-versa⁷⁷. Une hypothèse établit que les homosexuels masculins auraient un ratio 2D:4D supérieur (plus proche du ratio observé chez les femmes que de celui des hétérosexuels masculins), tandis qu'une autre hypothèse suggère le contraire, c'est-à-dire que l'homosexuel masculin serait hypermasculinisé par la testostérone prénatale et aurait un ratio plus faible que celui des hétérosexuels masculins. Pour les femmes, l'hypothèse a également été avancée que les homosexuelles seraient hypermasculinisées (ratio plus faible, testostérone plus élevée). Plusieurs études ayant comparé ce caractère chez des hommes et des femmes identifiés comme étant homosexuels *vs* hétérosexuels ont montré des résultats contradictoires.

Une étude publiée en 2000 dans *Nature* a observé que dans un échantillon de 720 adultes californiens, le ratio 2D:4D de la main droite des femmes homosexuelles était significativement plus masculin (c'est-à-dire que le ratio était plus faible) que celui des femmes hétérosexuelles et qu'il ne différait pas de façon significative de celui des hommes hétérosexuels⁷⁸. Par ailleurs, cette étude n'a pas observé de différence significative dans le ratio moyen 2D:4D entre hommes hétérosexuels et homosexuels. Une autre étude publiée la même année, qui a utilisé un

échantillon relativement réduit d'hommes homosexuels et hétérosexuels provenant du Royaume-Uni, a révélé un ratio 2D:4D plus faible (c'est-à-dire plus masculin) chez les homosexuels masculins⁷⁹. Une étude menée en 2003, qui a utilisé un échantillon d'individus basés à Londres, a également observé que les homosexuels masculins avaient un ratio 2D:4D plus faible que les hétérosexuels⁸⁰, tandis que deux autres études réalisées sur des échantillons de Californie et du Texas ont donné des ratios 2D:4D *supérieurs* pour les homosexuels masculins⁸¹.

Une étude sur les jumeaux réalisée en 2003 a comparé sept paires de jumelles monozygotes ayant une homosexualité discordante (une jumelle était lesbienne) et cinq paires de jumelles monozygotes ayant une homosexualité concordante (les deux membres étaient lesbiennes)⁸². Dans les paires de jumelles ayant une orientation sexuelle discordante, les individus s'identifiant comme des lesbiennes possédaient des ratios 2D:4D significativement plus faibles que leur jumelle, tandis que les jumelles concordantes ne présentaient pas de différence. Les auteurs ont interprété cette conclusion en suggérant que le « ratio 2D:4D plus faible est le résultat de différences dans l'environnement prénatal »⁸³. Enfin, une étude de ratios 2D:4D réalisée en 2005 sur un échantillon autrichien de 95 homosexuels et 79 hétérosexuels masculins a constaté que les ratios 2D:4D des hétérosexuels n'étaient pas significativement différents de ceux des homosexuels⁸⁴. Après avoir examiné différentes études sur ce caractère, les auteurs ont conclu « qu'il est essentiel de disposer de davantage de données avant d'affirmer qu'il existe un effet 2D:4D sur l'orientation sexuelle chez l'homme lors du contrôle de la variation ethnique »⁸⁵.

De nombreuses recherches ont examiné les effets des hormones prénatales sur le comportement et sur la structure cérébrale. Une fois de plus, ces résultats proviennent essentiellement d'études menées sur des primates non humains, mais l'étude des troubles du développement sexuel a apporté des renseignements utiles concernant les effets des hormones sur le développement sexuel humain. Sachant que les influences hormonales se produisent normalement pendant des périodes de développement déterminées, lorsque leurs effets se manifestent physiquement, il est raisonnable de supposer que les effets organisationnels de ces schémas hormonaux précoces et liés à une période déterminée sont susceptibles de diriger le développement neural. La connectivité neuroanatomique et les sensibilités neurochimiques peuvent figurer parmi ces influences.

En 1983, Günter Dörner et ses collègues ont réalisé une étude visant à déterminer s'il existe un rapport entre le stress maternel subi pendant la grossesse et l'identité sexuelle ultérieure des enfants, en interrogeant deux cents hommes sur les situations de stress qui auraient pu affecter leur mère pendant leur vie prénatale⁸⁶. Une partie importante de ces événements s'est déroulée suite à la Seconde Guerre mondiale. Parmi les hommes ayant répondu que leur mère avait connu des situations de stress modéré à fort pendant leur grossesse, 65 % étaient homosexuels, 25 % bisexuels et 10 % hétérosexuels (l'orientation sexuelle a été évaluée en utilisant l'échelle de Kinsey.) Ceci dit, des études plus récentes ont révélé l'existence de corrélations beaucoup plus faibles ou non significatives⁸⁷. Dans une étude prospective menée en 2002 sur le rapport entre l'orientation sexuelle et le stress prénatal subi pendant les deuxième et troisième trimestres de la grossesse, Hines et ses collègues ont observé que le stress déclaré par les mères pendant leur grossesse a révélé « un faible rapport seulement » avec des comportements typiquement masculins chez leurs filles à l'âge de 42 mois et « l'absence totale de rapport » avec des comportements typiquement féminins chez leurs fils⁸⁸.

En résumé, certaines formes d'exposition aux hormones prénatales, en particulier la HCS chez les femmes, sont associées à des différences d'orientation sexuelle, tandis que d'autres

facteurs jouent souvent un rôle important dans la détermination des effets physiques et psychologiques de ces expositions. Les conditions hormonales qui contribuent aux troubles du développement sexuel peuvent favoriser le développement d'orientations non-hétérosexuelles chez certaines personnes, sans démontrer pour autant que ces facteurs expliquent, dans la plupart des cas, le développement d'attirances, de désirs et de comportements sexuels.

L'orientation sexuelle et le cerveau

Plusieurs études ont examiné les différences neurobiologiques entre des individus qui se déclarent hétérosexuels et ceux qui se déclarent homosexuels. Ce travail a commencé avec l'étude réalisée en 1991 par le neuroscientifique Simon LeVay, qui a constaté des différences biologiques dans le cerveau des homosexuels masculins par comparaison avec les hétérosexuels masculins, concrètement une différence de volume dans un groupe de cellules particulier des noyaux interstitiels de l'hypothalamus antérieur (INAH3)⁸⁹. Un travail ultérieur, réalisé par le psychiatre William Byne et ses collègues, leur a permis d'arriver à des conclusions plus nuancées : « En accord avec deux études antérieures... nous avons observé que le noyau INAH3 est sexuellement dimorphe et occupe un volume significativement plus important chez l'homme que chez la femme. En outre, nous avons établi que la différence sexuelle de volume était attribuable à une différence sexuelle du nombre de neurones, et non de la taille ou de la densité neuronale »⁹⁰. Les auteurs ont également observé que « bien que le noyau INAH3 ait tendance à occuper un plus petit volume chez les homosexuels masculins que chez les hétérosexuels masculins, il n'y a pas de différence quant au nombre de neurones à l'intérieur du noyau fondée sur l'orientation sexuelle ». Ils ont supposé que « l'expérience postnatale » pouvait expliquer les différences de volume dans cette région entre les homosexuels et les hétérosexuels masculins, même si ce point demandait à être confirmé par de plus amples recherches⁹¹. Ils ont également signalé que l'importance fonctionnelle du dimorphisme sexuel dans la région INAH3 était inconnue. Les auteurs sont arrivés à la conclusion suivante : « D'après les résultats de cette étude et de ceux de LeVay (1991), l'orientation sexuelle ne peut pas être prédite uniquement en fonction du volume de la région INAH3 »⁹². En 2002, le psychologue Mitchell S. Lasco et ses collègues ont publié une étude examinant une partie différente du cerveau – la commissure antérieure – et ont constaté qu'il n'y avait pas de différence significative dans cette région, que ce soit en fonction du sexe ou de l'orientation sexuelle⁹³.

D'autres études ont été menées depuis lors pour évaluer les différences structurelles ou fonctionnelles entre les cerveaux d'individus hétérosexuels et homosexuels (en utilisant une série de critères pour définir ces catégories). Les conclusions de plusieurs de ces études ont été résumées dans un commentaire publié en 2008 dans *Proceedings of the National Academy of Sciences*⁹⁴. Ce type de recherche ne semble cependant pas être très pertinent en ce qui concerne l'étiologie ou les origines biologiques de l'orientation sexuelle. Ses limitations rendent cette littérature scientifique plutôt banale. Par exemple, une des études a utilisé l'IRM fonctionnelle pour mesurer les changements d'activité dans le cerveau, lorsque des images d'hommes et de femmes ont été montrées à des individus, et a permis de découvrir que la vue du visage d'une femme provoquait une plus grande activité dans le thalamus et le cortex orbitofrontal d'hommes hétérosexuels et de femmes homosexuelles, tandis que ces structures réagissaient plus vivement à la vue d'un visage d'homme chez les homosexuels masculins et chez les femmes hétérosexuelles⁹⁵. Le fait que les cerveaux de femmes hétérosexuelles et d'hommes homosexuels réagissent de façon caractéristique aux visages d'hommes, tandis que les cerveaux d'hommes hétérosexuels et de femmes homosexuelles le font aux visages de femmes est une conclusion qui semble assez banale pour appréhender l'étiologie des attirances homosexuelles. Dans le même ordre d'idées, une étude a révélé différentes réponses aux phéromones entre des hommes

homosexuels et hétérosexuels⁹⁶, et une étude de suivi a montré un résultat semblable chez des femmes homosexuelles par comparaison avec des femmes hétérosexuelles⁹⁷. Une autre étude a montré l'existence de différences d'assymétrie cérébrale et de connectivité fonctionnelle entre des individus homosexuels et hétérosexuels.⁹⁸

Bien que des conclusions de ce genre laissent entrevoir d'autres pistes de recherche pour l'avenir, elles ne nous facilitent pas vraiment la compréhension des déterminants biologiques ou environnementaux des attirances, intérêts, préférences ou comportements sexuels. Nous en reparlerons plus loin. À ce stade, nous allons brièvement illustrer quelques-unes des limitations inhérentes à ce domaine de recherche à l'aide de l'exemple hypothétique suivant. Supposons que nous étudions les cerveaux de professeurs de yoga et que nous les comparions avec les cerveaux de culturistes. Si nous entreprenons de longues recherches, nous finirons par trouver des différences statistiquement significatives dans une partie de la morphologie cérébrale ou de la fonction cérébrale entre ces deux groupes. Mais ceci n'impliquerait pas que ces différences aient déterminé les différents parcours de vie du professeur de yoga et du culturiste. Les différences cérébrales pourraient être le résultat, plutôt que la cause, des différents schémas de comportements ou d'intérêts⁹⁹. Prenons un autre exemple. Supposons que les homosexuels masculins aient moins de graisse corporelle que les hétérosexuels (comme l'indiquent les moyennes plus faibles des indices de masse corporelle). Même si la masse corporelle est en partie déterminée par la génétique, cette constatation ne nous permet pas d'affirmer qu'il existe une cause génétique, innée, à la fois de la masse corporelle et de l'homosexualité. Il se pourrait, par exemple, que le fait d'être homosexuel soit associé à un régime alimentaire qui diminue la masse corporelle. Ces exemples illustrent un des problèmes récurrents de l'interprétation populaire de ce genre de recherche, selon laquelle le schéma neurobiologique détermine l'expression d'un comportement particulier.

Cet aperçu des études sur les facteurs biologiques susceptibles d'influencer l'attirance, les préférences ou les désirs sexuels nous permet de comprendre la conclusion plutôt solide que la psychologue sociale Letitia Anne Peplau et ses collègues ont formulée dans un article de synthèse publié en 1999 : « En résumé, plus de 50 ans de recherche n'ont pas réussi à démontrer que des facteurs biologiques exercent une influence majeure sur le développement de l'orientation sexuelle des femmes... Contrairement à une idée préconçue, les scientifiques n'ont pas démontré de façon convaincante que la biologie détermine l'orientation sexuelle des femmes »¹⁰⁰. À la lumière des études que nous avons résumées ici, cette affirmation pourrait également s'appliquer à la recherche sur l'orientation sexuelle masculine, quelle que soit la définition que l'on donne à ce concept.

Une mauvaise interprétation de la recherche

Le type de recherche empirique résumé dans les sections précédentes présente d'importantes limites. L'ignorance de ces limites est une des principales raisons pour lesquelles la recherche est souvent mal interprétée dans la sphère publique. Il peut être tentant de postuler, comme nous venons de le voir avec l'exemple de la structure cérébrale, que si un profil biologique particulier est associé à un caractère comportemental ou psychologique, ce profil biologique est la *cause* de ce caractère. Ce raisonnement est fallacieux et nous allons expliquer pourquoi dans cette section, à l'aide de concepts issus de l'épidémiologie. Bien que certaines de ces questions soient relativement techniques, nous allons essayer de les expliquer d'une façon générale qui soit accessible au lecteur non-spécialiste.

Supposons, à titre d'illustration, que l'on trouve une ou plusieurs différences dans un caractère biologique entre des hommes homosexuels et hétérosexuels. Cette différence pourrait être une mesure discrète (appelons-la D), telle que la présence d'un marqueur génétique, ou une

mesure continue (appelons-la C), telle que le volume moyen d'une partie du cerveau en particulier.

Le fait de montrer qu'un facteur de risque augmente de façon significative la possibilité d'un état de santé ou d'un comportement particulier pourrait nous donner un indice quant au développement de cet état de santé ou de ce comportement, mais il ne fournit aucune preuve de causalité. De fait, il ne pourrait démontrer que la plus faible des corrélations. On déduit parfois que, s'il est possible de montrer que les homosexuels et les hétérosexuels diffèrent de façon significative dans la probabilité que la variable D soit présente (qu'il s'agisse d'un gène, d'un facteur hormonal ou d'autre chose) – indépendamment du fait que cette probabilité soit faible –, le fait d'être homosexuel possède une base biologique. Or, cette conclusion n'est pas fondée. Le fait de doubler (ou même de tripler ou de quadrupler) la probabilité d'un caractère relativement rare ne servira guère à prédire quel individu s'identifiera ou ne s'identifiera pas comme homosexuel.

Le même raisonnement sera valable pour n'importe quelle variable continue (C). Le fait de montrer une différence significative de la valeur moyenne pour un caractère donné (tel que le volume d'une région particulière du cerveau) entre des hommes qui se considèrent hétérosexuels et des hommes qui se considèrent homosexuels ne suffit pas pour démontrer que cette différence moyenne contribue à la probabilité de s'identifier comme hétérosexuel ou homosexuel. En plus des raisons expliquées ci-dessus, une différence significative de la moyenne de deux distributions peut être cohérente avec un grand chevauchement entre les distributions. Autrement dit, il pourrait virtuellement ne pas exister de séparation dans la distinction entre certains individus de chaque groupe et, par conséquent, la mesure n'aiderait pas à prédire l'orientation ou la préférence sexuelle.

Certaines de ces questions pourraient être en partie analysées à l'aide d'approches méthodologiques complémentaires, telles que l'utilisation d'un échantillon d'entraînement ou de procédures de validation croisée. Un échantillon d'entraînement est un petit échantillon utilisé pour développer un modèle (ou hypothèse) ; ce modèle est ensuite testé sur un échantillon indépendant plus vaste. Cette méthode évite de tester une hypothèse sur les mêmes données qui sont utilisées pour la développer. La validation croisée inclut des procédures servant à examiner si un effet statistique significatif est réellement présent ou s'il est le fruit du hasard. Si l'on veut montrer que les résultats ne relèvent pas du hasard (et si l'échantillon est vaste), on peut réaliser les mêmes tests sur une coupe aléatoire de l'échantillon pertinent. Après avoir trouvé une différence dans la prévalence du caractère D ou C entre un échantillon homosexuel et un échantillon hétérosexuel, les chercheurs pourraient couper de façon aléatoire l'échantillon homosexuel en deux groupes et montrer que ces deux groupes ne présentent pas de différence en ce qui concerne le caractère D ou C. Supposons que l'on observe cinq différences sur cent en comparant des hommes homosexuels avec des hommes hétérosexuels dans la globalité des échantillons, puis que l'on trouve cinq différences sur cent en comparant les échantillons homosexuels coupés ; ceci sèmerait encore plus de doute sur la conclusion initiale indiquant une différence entre les moyennes des individus homosexuels et hétérosexuels.

La victimisation de l'abus sexuel

Tandis que la discussion précédente analysait le rôle que les facteurs biologiques peuvent jouer dans le développement de l'orientation sexuelle, cette section apportera la preuve qu'un facteur environnemental particulier – l'abus sexuel subi pendant l'enfance – est déclaré bien plus souvent chez les individus qui s'identifieront plus tard comme homosexuels. Les résultats présentés ci-dessous soulèvent la question de savoir s'il existe une association entre l'abus sexuel, en particulier pendant l'enfance, et les expressions d'attirances, de comportement

ou d'identité sexuels qui sont manifestées plus tard ; et, en l'occurrence, si les sévices subis pendant l'enfance augmentent la probabilité d'avoir une orientation non-hétérosexuelle.

On a certes trouvé des corrélations à cet égard, comme on le montrera plus bas. Mais il faut signaler que celles-ci pourraient être le fait d'une ou de plusieurs des conjectures suivantes :

1. Les abus peuvent contribuer au développement d'une orientation non-hétérosexuelle.
2. Les enfants présentant (signes précurseurs) des tendances non-hétérosexuelles pourraient attirer des agresseurs, ce qui les exposerait à un risque élevé.
3. Certains facteurs pourraient contribuer à la fois aux abus sexuels subis pendant l'enfance et aux tendances non-hétérosexuelles (par exemple, une famille dysfonctionnelle ou un parent alcoolique).

Il ne faut pas oublier que ces trois hypothèses ne s'excluent pas mutuellement : en effet, toutes les trois, et peut-être d'autres encore, peuvent être opérationnelles. Nous allons résumer les études menées sur cette question et essayer d'évaluer chacune de ces hypothèses à la lumière de la recherche scientifique actuelle.

Le professeur de santé communautaire et comportementale Mark S. Friedman et ses collègues ont mené en 2011 une méta-analyse de 37 études réalisées aux États-Unis et au Canada, en examinant les abus sexuels, les abus physiques et la victimisation par des pairs chez des hétérosexuels par comparaison avec des non-hétérosexuels¹⁰¹. Leurs résultats ont montré que les non-hétérosexuels étaient en moyenne 2,9 fois plus susceptibles de révéler qu'ils avaient subi des abus sexuels pendant leur enfance (avant 18 ans). Concrètement, les hommes non-hétérosexuels étaient 4,9 fois plus susceptibles – et les femmes non-hétérosexuelles 1,5 fois plus susceptibles – que leurs pairs hétérosexuels de déclarer avoir subi des abus sexuels. Les adolescents non-hétérosexuels dans l'ensemble étaient 1,3 fois plus susceptibles de signaler avoir fait l'objet d'abus physiques de la part de leurs parents que leur pairs hétérosexuels, alors que cette probabilité était d'à peine 0,9 chez les adolescents homosexuels des deux sexes (et d'1,4 chez les bisexuels). En ce qui concerne la victimisation par les pairs, les non-hétérosexuels étaient 1,7 fois plus susceptibles de déclarer avoir été blessés ou menacés par une arme ou d'avoir été attaqués.

En dépit de leur hypothèse selon laquelle les taux d'abus diminueraient au fur et à mesure que l'acceptation sociale de l'homosexualité augmenterait, les auteurs observent que « les disparités dans les taux de prévalence des abus sexuels, des abus physiques commis par les parents et de la victimisation par les pairs entre les jeunes appartenant à la minorité sexuelle et les jeunes n'appartenant pas à cette minorité sexuelle n'ont pas varié entre les années 1990 et la première décennie des années 2000 »¹⁰². Tandis que ces auteurs citent des autorités qui affirment que les abus sexuels « n'incitent pas les individus à devenir homosexuels, lesbiennes ou bisexuels »¹⁰³, leurs données n'apportent aucune preuve contredisant l'hypothèse selon laquelle les abus sexuels subis pendant l'enfance pourraient affecter l'orientation sexuelle. D'autre part, le lien de causalité pourrait évoluer dans l'autre sens ou être bidirectionnel. Aucune donnée probante ne vient réfuter ou étayer cette thèse ; la conception de l'étude ne permet pas de faire la lumière sur la question de la directionnalité.

Les auteurs évoquent une hypothèse largement citée pour expliquer les taux plus élevés d'abus sexuels parmi les non-hétérosexuels, à savoir le fait que « les individus appartenant à une minorité sexuelle sont... plus susceptibles d'être victimes d'abus sexuels, car il y a de plus fortes chances que les jeunes qui sont perçus comme étant homosexuels, lesbiennes ou bisexuels

soient brimés par leurs pairs »¹⁰⁴. Ces deux conjectures – le fait que l'abus soit une cause et le fait qu'il soit le résultat de tendances non-hétérosexuelles – ne s'excluent pas mutuellement : l'abus peut être un facteur déterminant dans le développement d'attirances et de désirs non-hétérosexuels, et en même temps les attirances, les désirs et les comportements non-hétérosexuels peuvent augmenter le risque d'être victime de ces abus.

En 2011, le professeur de sciences de la santé communautaire Emily Faith Rothman et ses collègues ont réalisé une étude systématique de la recherche sur la prévalence de l'agression sexuelle commise sur des individus qui se déclarent homosexuels, lesbiennes ou bisexuels aux États-Unis¹⁰⁵. Ils ont examiné 75 études (dont 25 ont utilisé un échantillon aléatoire), impliquant un total de 139 635 hommes homosexuels ou bisexuels (GB) et femmes lesbiennes ou bisexuelles (LB), qui ont mesuré la prévalence de la victimisation suite à l'agression sexuelle subie au cours de leur existence (LSA), au cours de leur enfance (CSA), à l'âge adulte (ASA), à l'agression sexuelle commise par un partenaire intime (IPSA) et à celle associée à un crime de haine (HC). Bien qu'elle soit limitée du fait de l'absence d'un groupe hétérosexuel témoin, cette étude montrait des taux extraordinairement élevés d'agression sexuelle, commise notamment au cours de l'enfance dans le cas de cette population, comme l'indique le tableau 1.

Tableau 1 : Agression sexuelle chez les hommes homosexuels/bisexuels et les femmes lesbiennes/bisexuelles	
Hommes GB (%)	Femmes LB (%)
CSA : 4,1 – 59,2 (médiane 22,7)	CSA : 14,9 – 76,0 (médiane 34,5)
ASA : 10,8 – 44,7 (médiane 14,7)	ASA : 11,3 – 53,2 (médiane 23,2)
LSA : 11,8 – 54,0 (médiane 30,4)	LSA : 15,6 – 85,0 (médiane 43,4)
IPSA : 9,5 – 57,0 (médiane 12,1)	IPSA : 3,0 – 45,0 (médiane 13,3)
HC : 3,0 – 19,8 (médiane 14,0)	HC : 1,0 – 12,3 (médiane 5,0)

Dans une étude réalisée en 2013, la psychologue Judith Anderson et ses collègues recourent à une méthode d'échantillonnage probabiliste multi-états pour comparer différentes expériences négatives vécues pendant l'enfance – familles dysfonctionnelles, abus physiques, sexuels ou émotionnels, et discorde entre parents – parmi des adultes se déclarant homosexuels, hétérosexuels et bisexuels¹⁰⁶. Ils ont découvert que les bisexuels avaient des proportions significativement plus importantes que les hétérosexuels de tous les facteurs d'expériences négatives vécues pendant l'enfance, et que les proportions de ces mêmes facteurs étaient significativement plus importantes chez les homosexuels des deux sexes que chez les hétérosexuels, sauf dans les cas de séparation ou de divorce des parents. Dans l'ensemble, le taux d'expériences négatives vécues pendant l'enfance représentait chez les homosexuels des deux sexes 1,7 fois et chez les bisexuels 1,6 fois celui des hétérosexuels. Les données concernant les abus sont récapitulées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Expérience des abus subis pendant l'enfance chez les homosexuels/lesbiennes, bisexuels et hétérosexuels		
Abus sexuels (%)		
GL	Bisexuels	Hétérosexuels
29,7	34,9	14,8
Abus émotionnels (%)		

GL	Bisexuels	Hétérosexuels
47,9	48,4	29,6
Abus physiques (%)		
GL	Bisexuels	Hétérosexuels
29,3	30,3	16,7

Bien que cette étude, comme d'autres que nous avons analysées, puisse être limitée par des biais de rappel – à savoir des inexactitudes introduites par des erreurs de mémoire –, elle a cependant le mérite de comparer un groupe témoin d'individus se déclarant hétérosexuels avec les cohortes d'individus se déclarant homosexuels/lesbiennes et bisexuels. Dans leur discussion des conclusions, les auteurs critiquent l'hypothèse selon laquelle les traumatismes vécus dans l'enfance auraient une relation de cause à effet avec les préférences homosexuelles. Ils signalent, parmi les différentes raisons justifiant leur scepticisme, que la plupart des individus qui ont vécu des traumatismes pendant leur enfance ne deviennent pas homosexuels ou bisexuels, et que le comportement non-conforme au genre peut expliquer en partie les taux élevés d'abus. Il est toutefois plausible de postuler, à partir de ces résultats et de ceux y afférents, que les expériences négatives vécues pendant l'enfance sont un facteur significatif – mais pas déterminant – du développement des préférences homosexuelles. De nouvelles études devront être menées pour déterminer si l'une ou l'autre ou les deux hypothèses sont fondées.

Une étude menée en 2010 par la professeur de sciences sociales et comportementales Andrea Roberts et ses collègues a examiné l'orientation sexuelle et le risque de trouble de stress post-traumatique (PTSD) en utilisant des données d'une enquête épidémiologique nationale réalisée en face à face auprès d'environ 35 000 adultes¹⁰⁷. Les individus ont été classés dans différentes catégories : hétérosexuels ressentant une attirance ou ayant des partenaires de sexe différent (groupe de référence) ; hétérosexuels ressentant une attirance pour le même sexe, mais ayant des partenaires de sexe différent ; hétérosexuels ayant des partenaires du même sexe ; homosexuels/lesbiennes s'identifiant comme tels ; et bisexuels s'identifiant comme tels. Parmi les personnes qui ont déclaré avoir été exposées à des événements traumatisants, les homosexuels/lesbiennes et les bisexuels avaient près de deux fois plus de chances de souffrir un PTSD que le groupe de référence d'hétérosexuels. On a constaté des différences dans les taux de maltraitance subie pendant l'enfance et de violence interpersonnelle : les homosexuels, les lesbiennes, les bisexuels et les hétérosexuels ayant des partenaires du même sexe ont déclaré avoir subi des traumatismes plus forts pendant leur enfance et leur adolescence que le groupe de référence. Ces conclusions sont récapitulées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Exposition pendant l'enfance à la maltraitance ou à la violence interpersonnelle (avant 18 ans)	
Femmes : 49,2 % des lesbiennes 51,2 % des bisexuelles 40,9 % des hétérosexuelles ayant des partenaires du même sexe 21,2 % des hétérosexuelles	Hommes : 31,5 % des homosexuels Environ 32 % des bisexuels ¹⁰⁸ 27,9 % des hétérosexuels ayant des partenaires du même sexe 19,8 % des hétérosexuels

Des schémas semblables ressortent d'une étude réalisée en 2012 par le psychologue Brendan Zietsch et ses collègues, qui se sont concentrés principalement sur la question de

savoir si des facteurs de causalité communs pourraient expliquer l'association entre l'orientation sexuelle – définie dans cette étude comme la préférence sexuelle – et la dépression¹⁰⁹. Dans un échantillon communautaire de 9 884 jumeaux adultes, les auteurs ont observé que les non-hétérosexuels avaient une prévalence significativement élevée de dépression au cours de leur vie (rapport de cotes de 2,8 pour les hommes et de 2,7 pour les femmes). Comme le font remarquer les auteurs, les données suscitent des interrogations quant à savoir si l'hypothèse du stress social (à savoir l'idée, examinée en profondeur dans la deuxième partie de ce rapport, selon laquelle le stress social affectant les minorités sexuelles expliquerait les risques élevés de troubles de la santé mentale) permet d'expliquer, dans leur intégralité, les taux plus élevés de dépression chez les non-hétérosexuels. Les hétérosexuels ayant un jumeau non-hétérosexuel présentaient des taux de dépression plus élevés (39 %) que les paires de jumeaux hétérosexuels (31 %), ce qui laisse entendre que des facteurs génétiques, familiaux ou autres pourraient jouer un rôle.

Les auteurs signalent que « chez les hommes autant que chez les femmes, on a observé des taux de non-hétérosexualité significativement plus élevés chez des participants qui avaient subi des abus sexuels pendant leur enfance et chez ceux qui avaient connu un environnement familial à risque pendant leur enfance »¹¹⁰. Ainsi, 41 % des non-hétérosexuels masculins et 42 % des non-hétérosexuels féminins ont signalé avoir été exposés à un dysfonctionnement familial pendant leur enfance, contre respectivement 24 % et 30 % des hétérosexuels masculins et féminins. D'autre part, 12 % des non-hétérosexuels masculins et 24 % des non-hétérosexuels féminins ont signalé avoir été victimes d'abus sexuel avant l'âge de 14 ans, contre respectivement 4 % et 11 % des hétérosexuels masculins et féminins. Les auteurs tiennent à souligner que leurs conclusions ne vont pas à l'encontre de l'hypothèse du stress social, mais ils laissent entendre que d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte. De fait, il ressort de leurs conclusions qu'il pourrait y avoir des facteurs étiologiques communs à la dépression et aux préférences non-hétérosexuelles. En effet, ils ont observé que les facteurs génétiques expliquaient 60 % de la corrélation entre l'orientation sexuelle et la dépression¹¹¹.

Dans une étude de 2001, la psychologue Marie E. Tomeo et ses collègues ont observé que la littérature antérieure avait systématiquement rapporté des taux supérieurs de déclaration de maltraitance pendant l'enfance parmi la population homosexuelle (10 à 46 % des individus ayant déclaré avoir subi des abus sexuels pendant leur enfance¹¹²). Les auteurs ont constaté que 46 % des homosexuels masculins et 22 % des homosexuels féminins avaient déclaré avoir été molestés par une personne du même genre, contre 7 % des hétérosexuels masculins et 1 % des hétérosexuels féminins. En outre, 38 % des homosexuels féminins interrogés ne se sont déclarés homosexuels qu'après avoir subi ces abus, alors que les auteurs rapportent des chiffres incompatible—68 % dans une partie de l'étude et (par inférence) 32 % dans une autre partie—pour le nombre des homosexuels masculins qui ne se sont déclarés homosexuels qu'après avoir subi ces abus. L'échantillon considéré dans le cadre de cette étude était relativement petit et ne comptait que 267 individus. Par ailleurs, la mesure du « contact sexuel » de l'abus utilisée dans l'enquête était assez vague et les individus avaient été recrutés parmi les participants à la « Gay Pride » en Californie. Les auteurs affirment néanmoins « qu'il est très improbable que toutes ces conclusions s'appliquent uniquement aux individus homosexuels participant à des manifestations d'homosexuels et se portant volontaires pour participer à des questionnaires d'enquête »¹¹³.

En 2010, les psychologues Helen Wilson et Cathy S. Widom ont publié une étude prospective de suivi sur 30 ans – une première étude examinant les enfants victimes de violence ou de négligence entre 1961 et 1971, suivie d'une deuxième étude de ces mêmes enfants 30 ans plus tard –, afin de déterminer si la violence physique, la violence sexuelle ou la négligence

subie pendant l'enfance augmentaient les chances d'un individu d'avoir des relations avec des partenaires du même sexe plus tard¹¹⁴. Un échantillon original de 908 enfants victimes de violence et/ou de négligence a été apparié à un groupe témoin de 667 individus non maltraités (des mêmes âge, sexe, race ou ethnité et d'un statut socioéconomique comparable). L'homosexuel a été opérationnalisé comme une personne ayant cohabité avec un partenaire sentimental du même sexe ou ayant un partenaire du même sexe, ce qui représentait 8 % de l'échantillon. Parmi ces 8 %, la plupart des individus ont également déclaré avoir eu des partenaires du sexe opposé, ce qui semble indiquer des taux élevés de bisexualité ou une fluidité dans les attirances ou les rapports sexuels. L'étude a conclu que les individus qui avaient rapporté des histoires de violence sexuelle pendant leur enfance avaient 2,8 fois plus de chances d'avoir maintenu des relations avec des partenaires du même sexe, même si « le rapport entre la violence sexuelle subie pendant l'enfance et l'orientation sexuelle pour le même sexe n'était significatif que pour les hommes »¹¹⁵. Ce résultat laissait entendre que les garçons qui sont victimes de violence sexuelle auraient plus de chances d'établir des relations à la fois hétérosexuelles et homosexuelles.

Cependant, les auteurs recommandaient d'interpréter ce résultat avec prudence, étant donné la petite dimension de l'échantillon des hommes victimes de violence sexuelle, mais l'association restait statistiquement significative lorsqu'ils ont examiné le nombre de partenaires sexuels et les activités de prostitution sur une vie entière. L'étude était également limitée par une définition de l'orientation sexuelle qui ne prenait pas en compte la façon dont les participants s'identifiaient eux-mêmes. Elle pourrait donc avoir omis des personnes ressentant des attirances pour des personnes du même sexe, mais sans expérience sentimentale homosexuelle. L'étude avait deux points forts méthodologiques importants. D'une part, la structure prospective est plus appropriée pour évaluer les relations de cause à effet que la structure rétrospective traditionnelle. D'autre part, l'étude a documenté les dates auxquelles les violences ont été subies pendant l'enfance, ce qui atténue les biais de rappel.

Après avoir examiné l'association statistique entre les violences sexuelles subies pendant l'enfance et l'homosexualité déclarée ultérieurement, nous nous pencherons sur la question de savoir si cette association suggère la causalité.

Une analyse menée en 2013 par la chercheuse en santé Andrea Roberts et ses collègues a essayé d'apporter une réponse à cette question¹¹⁶. Les auteurs signalent que, tandis que des études révèlent qu'il existe de 1,6 à 4 fois plus de déclarations de violences sexuelles et physiques subies pendant l'enfance parmi les homosexuels masculins et féminins que parmi les hétérosexuels, les méthodes statistiques conventionnelles ne peuvent pas démontrer l'existence d'un rapport statistique suffisamment fort pour soutenir l'argument de la causalité. Ils affirment qu'une méthode statistique sophistiquée appelée « variables instrumentales », importée de l'économétrie et de l'analyse économique, pourrait augmenter le degré d'association¹¹⁷. (Cette méthode est assez semblable à la méthode des « scores de propension », plus sophistiquée et plus connue des chercheurs en santé publique). Les auteurs ont appliqué cette méthode des variables instrumentales à des données provenant d'un échantillon représentatif au niveau national.

Ils ont utilisé trois mesures dichotomiques de l'orientation sexuelle : attirance *vs* aucune attirance pour le même sexe ; partenaire *vs* aucun partenaire du même sexe au cours de leur vie ; et auto-identification en tant que lesbienne, homosexuel ou bisexuel *vs* auto-identification en tant qu'hétérosexuel. Comme dans d'autres études, les données ont montré des associations entre les violences sexuelles ou la maltraitance subies pendant l'enfance et les trois dimensions de la non-hétérosexualité (attirance, partenaires, identité), les associations entre la violence sexuelle et l'identité sexuelle étant les plus fortes.

Les modèles de variables instrumentales utilisés par les auteurs suggéraient que la violence sexuelle subie pendant l'enfance augmentait le taux prévu d'attraction pour le même sexe de 2 points de pourcentage, de partenariat de même sexe de 1,4 point de pourcentage et de l'identité homosexuelle de 0,7 point de pourcentage. Les auteurs ont estimé le taux d'homosexualité susceptible d'être attribué à la violence sexuelle « en utilisant des estimations des effets à partir de modèles conventionnels » et ont conclu que, selon les estimations conventionnelles de ces effets, « 9 % de l'attraction pour le même sexe, 21 % des partenariats de même sexe au cours de la vie et 23 % de l'identité homosexuelle ou bisexuelle étaient dus aux violences sexuelles commises pendant l'enfance »¹¹⁸. Il faut observer que ces corrélations sont transversales : elles comparent des groupes d'individus avec d'autres groupes d'individus, plutôt que de modéliser le parcours d'individus dans le temps. (Une structure d'étude articulée autour d'une analyse chronologique apporterait le plus grand soutien à la thèse de causalité). Par ailleurs, ces résultats ont été fortement critiqués pour des raisons méthodologiques : les hypothèses qu'ils avaient avancées dans la régression des variables instrumentales n'étaient pas fondées. Drew H. Bailey et J. Michael Bailey ont indiqué dans un commentaire que « non seulement les résultats de Roberts et de ses collègues n'apportent aucun soutien à l'idée selon laquelle la maltraitance pendant l'enfance entraînerait l'homosexualité à l'âge adulte, mais le schéma des différences entre les hommes et les femmes est aussi le contraire de ce qu'on pourrait attendre de données de meilleure qualité »¹¹⁹.

Roberts et ses collègues concluent leur étude en avançant plusieurs hypothèses pour expliquer les associations épidémiologiques. Ils se font l'écho de suggestions formulées dans un autre cadre, selon lesquelles la violence sexuelle commise par des hommes pourrait inciter les garçons à penser qu'ils sont homosexuels ou pousser les filles à éviter tout contact sexuel avec des hommes. Ils postulent également que la violence sexuelle pourrait amener les victimes à se sentir stigmatisées, ce qui les rendrait à leur tour plus susceptibles d'adopter des comportements stigmatisés par la société (par exemple, établir des relations homosexuelles). Les auteurs soulignent également les effets biologiques de la maltraitance : ils citent des études qui montrent que « la qualité des relations parentales » peut affecter les récepteurs hormonaux et chimiques chez les enfants, et ils émettent l'hypothèse qu'elle pourrait influencer la sexualité « à travers des changements épigénétiques, en particulier dans la strie terminale et dans l'amygdale médiane, des régions du cerveau qui régissent le comportement social »¹²⁰. Ils mentionnent également le fait que l'éroussement émotionnel causé par la maltraitance peut pousser les victimes à rechercher des comportements à risque associés à l'homosexualité, ou encore que l'attraction ou le partenariat homosexuel peut découler de « l'envie d'intimité et de sexualité pour réparer des états déprimés, stressés ou irrités », ou d'un trouble de la personnalité limite, qui est un facteur de risque chez des individus qui ont été victimes de maltraitance¹²¹.

En résumé, si cette étude suggère que la violence sexuelle peut parfois contribuer à l'adoption d'une orientation non-hétérosexuelle, des recherches supplémentaires doivent être menées pour élucider ses mécanismes biologiques ou psychologiques. En l'absence de ces recherches, l'idée que la violence sexuelle pourrait être un facteur causal de l'orientation sexuelle continue de relever de la spéculation.

La distribution des désirs sexuels et leur évolution dans le temps

Bien que les désirs et les intérêts sexuels évoluent dans le temps, il existe une question connexe que se posent les scientifiques : est-ce que les désirs et attractions sexuels tendent à rester fixes et inaltérables pendant toute la vie d'une personne ? Ou sont-ils fluides et susceptibles de changer au fil du temps, tout en ayant tendance à se fixer après un certain âge

ou une certaine période de développement ? Les partisans de l'hypothèse du « né comme ça », comme nous l'avons déjà indiqué plus haut, défendent parfois que non seulement une personne est née avec une orientation sexuelle, mais que cette orientation est immuable, qu'elle est fixée à vie.

Il existe actuellement de nombreuses preuves scientifiques attestant que les désirs, les attirances, les comportements et même les identités sexuels peuvent changer au fil du temps, et que cela arrive parfois. Pour trouver des résultats dans ce domaine, nous pouvons consulter l'étude la plus exhaustive qui ait été menée jusqu'à ce jour sur la sexualité, à savoir l'enquête nationale sur la santé et sur la vie sociale de 1992, qui a été réalisée par le National Opinion Research Center à l'université de Chicago (NORC)¹²². Deux importantes publications ont été produites en utilisant les données de l'enquête exhaustive du NORC : *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*, un grand volume de données destinées à la communauté de chercheurs, et *Sex in America: A Definitive Survey*, un ouvrage plus petit et plus accessible qui récapitule les résultats pour le grand public¹²³. Ces ouvrages présentent des données à partir d'un échantillon aléatoire fiable de la population américaine âgée de 18 à 59 ans.

D'après les données de l'enquête du NORC, la prévalence estimée de non-hétérosexualité, selon la façon dont elle a été opérationnalisée et selon que les individus sont des hommes ou des femmes, se situe entre environ 1 % et 9 %¹²⁴. Les études du NORC ont donné une respectabilité scientifique aux études sexuelles et leurs conclusions ont été largement reproduites aux États-Unis et dans d'autres pays. L'enquête nationale britannique sur les attitudes et activités sexuelles (Natsal) est donc probablement la source la plus fiable d'informations sur le comportement sexuel dans ce pays. Cette étude est réalisée tous les dix ans depuis 1990¹²⁵.

L'étude du NORC a également suggéré la manière dont les comportements et les identités sexuels peuvent varier de façon significative dans différentes circonstances sociales et environnementales. Les résultats ont révélé, par exemple, une différence appréciable dans les taux de comportement homosexuel masculin entre des individus qui ont passé leur adolescence dans des zones rurales et ceux qui l'ont fait dans des grandes villes métropolitaines d'Amérique, ce qui suggère l'influence des environnements sociaux et culturels. Alors qu'à peine 1,2 % des hommes qui ont passé leur adolescence dans un environnement rural ont répondu qu'ils avaient eu un partenaire sexuel masculin pendant l'année de l'enquête, ceux qui avaient passé leur adolescence dans des zones métropolitaines étaient près de quatre fois (4,4 %) plus susceptibles de déclarer avoir fait ce genre de rencontre¹²⁶. Si ces données ne permettent pas d'établir de différences entre ces environnements en matière de prévalence des intérêts ou des attirances sexuels, elles laissent cependant entrevoir des différences de comportements sexuels. Il faut également souligner que les femmes qui ont fréquenté l'université avaient neuf fois plus de chances que celles qui ne l'ont pas fait de s'identifier comme lesbiennes¹²⁷.

En outre, selon d'autres enquêtes de population, le désir sexuel peut être fluide pour un nombre important d'individus, en particulier chez les adolescents, lorsqu'ils atteignent les premiers stades du développement adulte. À cet égard, l'identité et l'attirance pour le sexe opposé semblent être plus stables que l'identité et l'attirance pour le même sexe ou bisexuelles. Cette constatation ressort des données issues de l'étude longitudinale nationale sur la santé des adolescents jusqu'à l'âge adulte (l'étude « Add Health » commentée plus haut). Cette étude prospective longitudinale d'un échantillon représentatif au niveau national d'adolescents américains âgés d'environ 13 à 18 ans a commencé pendant l'année scolaire 1994-1995 et a suivi cette cohorte jusqu'à son entrée dans l'âge adulte, avec quatre entretiens de suivi (désignés

vagues I, II, III et IV dans la littérature)¹²⁸. L'entretien le plus récent a été mené en 2007-2008, lorsque l'échantillon avait de 24 à 32 ans.

Les attirances sentimentales pour le même sexe ou pour les deux sexes étaient relativement prévalentes dans la première vague de l'étude, avec des taux d'environ 7 % pour les hommes et de 5 % pour les femmes¹²⁹. Ceci étant, 80 % des adolescents masculins qui avaient déclaré ressentir des attirances pour le même sexe lors de la vague I se sont identifiés exclusivement comme des hétérosexuels lorsqu'ils ont atteint l'âge adulte à la vague IV¹³⁰. De façon analogue, plus de 80 % des adolescents masculins qui avaient déclaré ressentir une attirance sentimentale pour les deux sexes à la vague I ont déclaré ressentir une attirance sentimentale pour le sexe différent lors de la vague III¹³¹. Les données correspondant aux femmes interrogées étaient semblables, mais moins frappantes : plus de la moitié des adolescentes féminines qui avaient ressenti des attirances pour les deux sexes lors de la vague I ont déclaré ressentir une attirance exclusivement pour les hommes lors de la vague III¹³².

J. Richard Udry, le directeur de l'étude Add Health pour les vagues I, II et III¹³³, a été un des premiers à signaler la fluidité et l'instabilité de l'attirance sentimentale entre les deux premières vagues. Il indiquait que, parmi les garçons qui avaient déclaré ressentir une attirance sentimentale *uniquement* pour les garçons et *jamais* pour les filles à la vague I, 48 % avaient confirmé cette attirance au cours de la vague II ; 35 % avaient déclaré n'être attirés par aucun des deux sexes ; 11 % avaient déclaré ressentir une attirance exclusivement pour le même sexe ; et 6 % avaient déclaré ressentir une attirance pour les deux sexes¹³⁴.

Ritch Savin-Williams et Geoffrey Ream ont publié une analyse de 2007 des données issues des vagues I-III de l'étude Add Health¹³⁵. Cette analyse permettait notamment d'évaluer si les individus avaient déjà ressenti une attirance sentimentale pour un sexe donné, des rapports sexuels et une identité sexuelle. (Les catégories d'identité sexuelle étaient 100 % hétérosexuel, principalement hétérosexuel, mais légèrement attiré par le même sexe, bisexuel, principalement homosexuel mais légèrement attiré par le sexe opposé et 100 % homosexuel.) Si les auteurs ont constaté la « stabilité de l'attirance et des relations avec le sexe opposé » entre les vagues I et III, ils ont remarqué qu'une « proportion importante des participants ayant une attirance et des relations avec le même sexe et les deux sexes était passée dans les catégories du sexe opposé entre les vagues »¹³⁶. Une proportion beaucoup plus faible d'individus classés dans les catégories hétérosexuelles et une proportion semblable d'individus sans attirance sont passées dans les catégories non-hétérosexuelles. Les auteurs ont récapitulé : « Toutes les catégories d'attirance à l'exception de celle du sexe opposé ont été associées à une probabilité plus faible de stabilité au fil du temps. Autrement dit, les individus ayant déclaré ressentir des attirances pour le même sexe avaient plus de chances de déclarer un changement ultérieur d'attirances que les individus n'éprouvant pas d'attirance pour le même sexe »¹³⁷.

Les auteurs ont également souligné que ces données rendent difficile la tâche de définition de l'orientation sexuelle et de classement des individus en fonction de ces catégories : « Le point critique est de savoir si un individu qui maintient un type « quelconque » de sexualité avec un partenaire du même sexe remplit la condition de non-hétérosexuel. Ces données n'ont pas permis de déterminer dans quelle mesure une dimension doit être présente chez un individu pour faire pencher la balance entre une orientation sexuelle et une autre, mais uniquement que ces décisions comptent en termes de taux de prévalence »¹³⁸. Selon les auteurs, les chercheurs devraient « renoncer à la notion générale d'orientation sexuelle et évaluer uniquement les éléments pertinents pour l'objet de la recherche »¹³⁹.

Une autre étude prospective a été menée en 2013 par le biostatisticien Miles Ott et ses collègues auprès de 10 515 jeunes (3 980 hommes et 6 535 femmes), dont les résultats sur le changement d'orientation sexuelle chez les adolescents sont cohérents avec les résultats issus

des données de l'étude Add Health et dénotent une fois de plus la fluidité et la plasticité des attirances pour le même sexe chez de nombreux adolescents¹⁴⁰.

Quelques années après la première publication des données de l'étude Add Health, les *Archives of Sexual Behavior* ont publié un article de Savin-Williams et de Joyner critiquant les données de cette étude sur le changement d'attirance sexuelle¹⁴¹. Avant d'argumenter leur critique, Savin-Williams et Joyner résument les principales conclusions de l'étude Add Health : « Au cours des quelque 13 années qui se sont écoulées entre les vagues I et IV, indépendamment du fait que la mesure ait été identique à travers les vagues (attirance sentimentale) ou ait varié dans les termes employés, mais pas dans la théorie (attirance sentimentale et identité d'orientation sexuelle), environ 80 % des garçons adolescents et la moitié des jeunes filles adolescentes qui avaient exprimé une attirance sentimentale soit partielle soit exclusive pour le même sexe à la vague I « sont devenus » hétérosexuels (attirance pour le sexe opposé ou identité exclusivement hétérosexuelle) en atteignant l'âge adulte »¹⁴². Les auteurs proposent trois hypothèses pour expliquer ces contradictions :

- (1) « l'entrée au placard » d'adolescents homosexuels au début de l'âge adulte ;
- (2) une confusion concernant l'utilisation et la signification de l'attirance sentimentale comme équivalent d'orientation sexuelle ;
- et (3) l'existence d'adolescents malicieux qui se plaisent à déclarer une attirance pour le même sexe alors qu'ils n'en ressentent aucune¹⁴³.

Savin-Williams et Joyner rejettent la première hypothèse, mais soutiennent la deuxième et la troisième. En ce qui concerne la deuxième hypothèse, ils remettent en question l'utilisation de l'attirance sentimentale pour opérationnaliser l'identité sexuelle :

Pour nous aider à déterminer si la question du construct/mesure (attirance sentimentale *vs* identité de l'orientation sexuelle) donnait des résultats, nous avons comparé les deux aspects dans la vague IV... Alors que plus de 99 % des jeunes adultes ressentant des attirances pour le sexe opposé se déclaraient hétérosexuels ou principalement hétérosexuels et que 94 % de ceux qui ressentaient des attirances sentimentales pour le même sexe se déclaraient homosexuels ou principalement homosexuels, 33 % des hommes attirés par les deux sexes se déclaraient hétérosexuels (à peine 6 % des femmes attirées par les deux sexes se déclaraient hétérosexuelles). Ces données indiquaient que les jeunes adultes des deux sexes entendaient généralement l'attirance sentimentale pour le même sexe ou pour le sexe opposé comme l'expression d'une identité d'orientation sexuelle particulière (et cohérente), avec une exception notoire, celle d'un sous-groupe considérable de jeunes adultes masculins qui, malgré leur attirance sentimentale reconnue pour les deux sexes, se déclaraient hétérosexuels.

En ce qui concerne la troisième hypothèse utilisée pour expliquer les données de l'étude Add Health, Savin-Williams et Joyner signalent que les études réalisées auprès d'adolescents donnent parfois des résultats inhabituels ou biaisés, qui sont dus au fait que les adolescents ne répondent pas franchement. Ils constatent que l'étude Add Health a fait appel à un nombre important de répondants inhabituels. En effet, plusieurs centaines d'adolescents ont déclaré dans le questionnaire de la vague I avoir un membre artificiel. Or, pendant les entretiens réalisés à domicile, seuls deux de ces adolescents ont confirmé ce fait¹⁴⁴. Les garçons adolescents qui sont passés du statut de non-hétérosexuel à la vague I à celui d'hétérosexuel à la vague IV sont beaucoup moins susceptibles d'avoir rempli le questionnaire de la vague I en toute

honnêteté ; ces garçons ont également montré d'autres différences significatives comme de faibles moyennes générales. En outre, à l'instar des garçons se déclarant hétérosexuels de façon cohérente, les garçons qui n'avaient pas maintenu de discours cohérent entre les vagues I et IV étaient plus populaires dans leur école auprès des garçons que des filles, tandis que les garçons qui s'étaient déclarés non-hétérosexuels de façon cohérente étaient plus populaires auprès des filles. Ces données et d'autres¹⁴⁵ ont amené les auteurs à conclure que « les garçons qui abandonnent une adolescence homosexuelle ou bisexuelle pour devenir de jeunes adultes hétérosexuels étaient, dans l'ensemble, des adolescents hétérosexuels soit désorientés et qui ne comprenaient pas la mesure de l'attirance sentimentale, soit des farceurs qui, délibérément et pour des raisons qui nous échappent, n'avaient pas déclaré honnêtement leur sexualité »¹⁴⁶. Ceci étant, les auteurs n'ont pas pu estimer la proportion des répondants qui ne disaient pas la vérité, ce qui aurait contribué à déterminer la valeur explicative des hypothèses.

Plus tard, en 2014, les *Archives of Sexual Behavior* ont publié une critique du psychologue Gu Li et de ses collègues sur l'explication de Savin-Williams et de Joyner au sujet des données de l'étude Add Health¹⁴⁷. Tout en critiquant la méthodologie de Savin-Williams et de Joyner, ces auteurs soutenaient que ces données étaient cohérentes avec un scénario dans lequel certains adolescents non-hétérosexuels « seraient retournés au placard » quelques années plus tard, comme une réaction possible au stress social. (Nous examinerons les effets du stress social sur la santé mentale dans les populations LGBT dans la deuxième partie de ce rapport). Ils ont également affirmé « qu'il est peu logique d'utiliser des réponses à l'identité sexuelle de la vague IV pour valider ou invalider des réponses aux attirances sentimentales des vagues I ou IV, si ces aspects de l'orientation sexuelle ne s'alignent pas au départ »¹⁴⁸. En ce qui concerne l'hypothèse des farceurs, ces auteurs soulèvent le problème suivant : « Bien que certains participants puissent être des « farceurs » et que, en tant que chercheurs, nous soyons conscients des problèmes associés aux enquêtes d'auto-déclaration lorsque nous analysons et interprétons des données, il est difficile de comprendre pourquoi ces « farceurs » répondraient honnêtement à des questions sur la délinquance, et non à des questions sur leur orientation sexuelle »¹⁴⁹.

Savin-Williams et Joyner ont publié une réponse à cette critique dans le même numéro du *Journal*¹⁵⁰. En effet, face à la critique selon laquelle leur comparaison de l'identité sexuelle auto-déclarée à la vague IV avec les attirances sentimentales auto-déclarées à la vague I était discutable, Savin-Williams et Joyner ont répondu que les résultats étaient assez semblables si l'on prenait l'attirance comme mesure de la vague IV. Par ailleurs, ils considéraient fort improbable qu'une proportion importante des répondants ayant été classés comme non-hétérosexuels à la vague I et comme hétérosexuels à la vague IV « soit retournée au placard » car la proportion d'individus à l'adolescence et au début de l'âge adulte qui se trouvent « hors du placard » augmente d'habitude avec le temps¹⁵¹.

L'année suivante, les *Archives of Sexual Behavior* ont publié une autre réponse adressée à Savin-Williams et à Joyner par la psychologue Sabra Katz-Wise et ses collègues, qui affirmaient que « l'approche de Savin-Williams et de Joyner visant à identifier des jeunes qui font partie d'une minorité sexuelle « douteuse » est intrinsèquement biaisée »¹⁵². Ils écrivaient que « l'attirance sentimentale et l'identité d'orientation sexuelle sont deux dimensions différentes de l'orientation sexuelle qui peuvent ne pas coïncider, même à un seul moment donné »¹⁵³. Ils ont également soutenu que « même si l'étude Add Health avait évalué les mêmes facettes de l'orientation sexuelle dans toutes les vagues, il ne serait toujours pas juste de déduire des minorités sexuelles « douteuses » à partir de changements affectant la même dimension de l'orientation sexuelle, parce que ces changements peuvent refléter une fluidité sexuelle »¹⁵⁴.

L'étude Add Health ne semble malheureusement pas contenir les données qui permettraient de déterminer laquelle de ces interprétations est éventuellement correcte. Il se peut qu'une combinaison de facteurs ait contribué aux différences existant entre les données de la vague I et celles de la vague IV. En effet, il est possible que des adolescents aient répondu de façon inexacte aux questions sur l'attirance sexuelle de la vague I, que des adolescents ouvertement non-hétérosexuels soient « retournés au placard » plus tard et que des adolescents aient ressenti des attirances non-hétérosexuelles avant la vague I qui ont disparu en grande partie lors de la vague IV. D'autres études prospectives ayant une structure différente et envisageant le suivi d'individus concrets à travers l'adolescence et le développement adulte pourraient permettre de mieux comprendre cette question.

Si les ambiguïtés existant dans la définition et la caractérisation du désir et de l'orientation sexuels peuvent rendre les changements de désir sexuel difficiles à étudier, les données issues de ces enquêtes nationales de population portant sur des individus échantillonnés de manière aléatoire suggèrent, quant à elles, que les trois dimensions de la sexualité – l'affect, le comportement et l'identité – peuvent changer dans le temps chez certaines personnes. Il n'est pas clairement établi – et la recherche actuelle ne traite pas cette question – dans quelle mesure les facteurs soumis au contrôle volitif comme, par exemple, le choix des partenaires ou des comportements sexuels, peuvent éventuellement influencer ces changements à travers le conditionnement et d'autres mécanismes qui sont caractérisés en sciences comportementales.

Plusieurs chercheurs ont suggéré que l'orientation et les attirances sexuelles peuvent être particulièrement malléables chez les femmes¹⁵⁵. Ainsi, Lisa Diamond affirmait dans son ouvrage *Sexual Fluidity* publié en 2008 que « la sexualité des femmes est fondamentalement plus fluide que celle des hommes, ce qui permet une plus grande variété dans son développement et dans son expression au cours d'une vie », selon des recherches menées par elle-même et par d'autres chercheurs¹⁵⁶.

Les entretiens longitudinaux que Diamond a réalisés sur une période de cinq ans auprès de femmes maintenant des relations sexuelles avec d'autres femmes ont également mis en lumière les problèmes associés au concept d'orientation sexuelle. Un grand nombre de femmes interrogées dans le cadre de son étude ont déclaré qu'elles ne s'étaient pas vraiment préparées à établir une relation sexuelle lesbienne, mais plutôt qu'elles avaient ressenti une augmentation progressive d'intimité affective avec une femme qui avait abouti à une implication sexuelle. Certaines de ces femmes rejetaient les étiquettes de « lesbienne », d'« hétérosexuelle » ou de « bisexuelle » qui, selon elles, ne correspondaient pas à leur vécu¹⁵⁷. Dans une autre étude, Diamond remet en question l'utilité du concept d'orientation sexuelle, en particulier tel qu'il s'applique aux femmes¹⁵⁸. Elle fait observer que, si la base neuronale de l'attachement parent-enfant – y compris l'attachement à la mère – constitue au moins une partie de la base des attachements sentimentaux à l'âge adulte, il n'est pas surprenant qu'une femme éprouve des sentiments pour une autre femme sans chercher pour autant à avoir des relations sexuelles avec celle-ci. Les recherches de Diamond indiquent que ce type de relations se produit plus souvent qu'on ne voudrait le reconnaître, en particulier chez les femmes.

Selon certains chercheurs, la sexualité des hommes serait aussi plus fluide que ce que l'on croyait. Ainsi, Diamond a présenté une communication de conférence en 2014, fondée sur les premiers résultats d'une enquête menée auprès de 394 personnes, intitulée « I Was Wrong! Men Are Pretty Darn Sexually Fluid, Too! »¹⁵⁹ Diamond a fondé cette conclusion sur une étude menée auprès d'hommes et de femmes âgés de 18 à 35 ans, dans laquelle on leur demandait d'indiquer leurs attirances sexuelles et leurs identités auto-déclarées à différentes périodes de leur vie. L'étude a constaté que 35 % des hommes s'étant déclarés homosexuels ont indiqué

ressentir des attirances pour le sexe opposé au cours de l'année précédente et que 10 % des hommes s'étant déclarés homosexuels ont indiqué avoir maintenu des relations sexuelles avec des partenaires du sexe opposé pendant la même période. En outre, presque autant d'hommes sont passés au cours de leur vie de l'identité homosexuelle à l'identité bisexuelle, altersexuelle ou à une identité sans étiquette que ceux qui sont passés de l'identité bisexuelle à une identité homosexuelle.

Dans un article de synthèse intitulé « Can We Change Sexual Orientation? » publié en 2012 dans les *Archives of Sexual Behavior*, le psychologue Lee Beckstead écrivait : « Même si leur comportement, leur identité et leurs attirances sexuels peuvent varier au cours de leur vie, cela n'indique pas nécessairement un changement d'orientation sexuelle..., mais un changement de sensibilisation et une expansion de leur sexualité »¹⁶⁰. Il est difficile de savoir comment interpréter cette affirmation selon laquelle le comportement, l'identité et les attirances sexuels peuvent changer, sans pour autant indiquer un changement d'orientation sexuelle. Nous avons déjà analysé les difficultés inhérentes à la définition de l'orientation sexuelle, mais même si nous choisissons de définir ce concept, il semble que la définition sera liée d'une certaine manière au comportement, à l'identité ou à l'attraction sexuels. Nous pouvons peut-être trouver dans ce constat de Beckstead une raison supplémentaire pour faire abstraction du concept d'orientation sexuelle dans le contexte de la recherche en sciences sociales car il semble que, quel que soit ce qu'il représente, ce concept ne sera lié que de façon vague ou incohérente à des phénomènes empiriquement mesurables.

Sachant que les désirs et les attirances sexuels peuvent changer, ce que la recherche ne considère pas comme un phénomène rare, toute tentative de déduire une identité stable, innée et fixe d'un mélange complexe et souvent changeant de fantasmes, de désirs et d'attirances – sexuels, sentimentaux, esthétiques ou d'une autre nature – est une tâche ardue. Imaginons, par exemple, un garçon âgé de seize ans qui s'éprend d'un jeune homme d'une vingtaine d'années et qui développe des fantasmes centrés sur le corps et la constitution de ce dernier ou peut-être sur certains de ses traits ou forces de caractère. Il se peut qu'un soir, à l'occasion d'une fête, les deux se livrent à des relations intimes sous l'effet de l'alcool et de l'ambiance générale de la soirée. Ce jeune homme commence alors un angoissant processus d'introspection et d'exploration intérieure visant à trouver la réponse à la question énigmatique : « Est-ce que cela signifie que je suis homosexuel ? ».

Les recherches actuellement menées en sciences biologiques, psychologiques et sociales suggèrent que cette question, du moins dans sa forme actuelle, n'a pas beaucoup de sens. La science nous montre que le jeune homme n'a rien à découvrir à cet égard – aucun fait de la nature à dévoiler ou à trouver enfoui au fond de lui-même. Ce que ses fantasmes ou sa liaison ponctuelle « signifient vraiment » est sujet à une série d'interprétations : qu'il ait été séduit par la beauté de la figure masculine, qu'il se soit senti seul et rejeté pendant la soirée et qu'il ait répondu aux attentions et à l'affection de son partenaire, qu'il ait été intoxiqué et influencé par la musique bruyante et par les lumières stroboscopiques, qu'il éprouve une profonde attirance sexuelle ou sentimentale pour d'autres hommes, etc. De fait, on peut élaborer une infinité d'interprétations psychodynamiques de ce type de comportements en citant des facteurs de motivation inconscients et des conflits intérieurs, dont certains sont intéressants, mais la plupart impossibles à prouver.

Cela dit, nous pouvons affirmer sans crainte de nous tromper que ce jeune homme a fait une expérience qui mobilise des sentiments complexes, ou qu'il a pratiqué des relations sexuelles sous l'effet de multiples facteurs complexes, et que ces fantasmes, ces sentiments ou ces comportements associés peuvent (ou non) changer au fur et à mesure qu'il grandira et qu'il se développera. À force de répétitions, ce type de comportements pourrait devenir plus habituel,

voire plus stable, ou disparaître et ne réapparaître que rarement ou même jamais. La recherche sur les comportements sexuels, sur le désir sexuel et sur l'identité sexuelle suggère que les deux voies sont réellement possibles.

Conclusion

Le concept d'orientation sexuelle est particulièrement ambigu par rapport à d'autres caractères psychologiques. Il évoque normalement au moins un des trois éléments suivants : attirances, comportements ou identité. Nous avons également observé que l'orientation sexuelle désigne souvent d'autres choses : l'appartenance à une certaine communauté, les fantasmes (différents, à certains égards, des attirances), les envies, les aspirations, les besoins ressentis de certaines formes de compagnie, etc. Il est donc important que les chercheurs précisent clairement les domaines étudiés et que nous gardions en tête les définitions données par les chercheurs lorsque nous interprétons leurs résultats.

En outre, si le concept d'« orientation sexuelle » peut être compris dans des sens différents, la plupart de ces sens revêtent à leur tour des concepts complexes. L'attirance, par exemple, peut désigner des modèles d'excitation, des sentiments romantiques, des désirs d'être accompagné, etc., et chacun de ces éléments peut être présent de façon sporadique et provisoire ou de façon omniprésente et durable, de façon exclusive ou non, d'une façon profonde ou non, etc. C'est pour cette raison que le fait de préciser un des sens fondamentaux de l'orientation (attirance, comportement ou identité) ne suffit pas pour rendre justice au phénomène extrêmement varié de la sexualité humaine.

Dans cette partie, nous avons critiqué l'hypothèse courante selon laquelle les *désirs*, les *attirances* ou les *envies* sexuels reflètent une caractéristique innée et fixe de notre constitution biologique ou psychologique, une *identité* ou *orientation* sexuelle fixe. En outre, nous pouvons avoir des raisons de douter de la supposition commune qui veut que, pour vivre une vie heureuse et épanouie, nous devons découvrir en quelque sorte ce fait inné sur nous-mêmes que nous appelons *sexualité* ou *orientation sexuelle* et l'exprimer invariablement à travers des modèles particuliers de comportement sexuel ou un parcours de vie particulier. Nous ferions peut-être mieux de déterminer les types de comportements – dans la sphère sexuelle ou ailleurs – qui tendent à favoriser la santé et l'épanouissement, et les types de comportements qui ont tendance à nuire à une vie saine et épanouissante.

-
- ¹ Alex Witchel, « Life After 'Sex' », *The New York Times Magazine*, 19 janvier 2012, <http://www.nytimes.com/2012/01/22/magazine/cynthia-nixon-wit.html>.
- ² Brandon Ambrosino, « I Wasn't Born This Way. I Choose to Be Gay », *The New Republic*, 28 janvier 2014, <https://newrepublic.com/article/116378/macklemores-same-love-sends-wrong-message-about-being-gay>.
- ³ J. Michael Bailey *et al.*, « A Family History Study of Male Sexual Orientation Using Three Independent Samples », *Behavior Genetics* 29, n° 2, 1999, pp. 79-86, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1021652204405> ; Andrea Camperio-Ciani, Francesca Corna et Claudio Capiluppi, « Evidence for maternally inherited factors favouring male homosexuality and promoting female fecundity », *Proceedings of the Royal Society B* 271, n° 1554, 2004, pp. 2217-2221, <http://dx.doi.org/10.1098.2872>; Dean H. Hamer *et al.*, « A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation », *Science* 261, n° 5119, 1993, pp. 321-327, <http://dx.doi.org/10.1126/science.8332896>.
- ⁴ Elizabeth Norton, « Homosexuality May Start in the Womb », *Science*, 11 décembre 2012, <http://www.sciencemag.org/news/2012/12/homosexuality-may-start-womb>.
- ⁵ Mark Joseph Stern, « No, Being Gay Is Not a Choice », *Slate*, 4 février 2014, http://www.slate.com/blogs/outward/2014/02/04/choose_to_be_gay_no_you_don_t.html.
- ⁶ David Nimmons, « Sex and the Brain », *Discover*, 1^{er} mars 1994, <http://discovermagazine.com/1994/mar/sexandthebrain346/>.
- ⁷ Leonard Sax, *Why Gender Matters: What Parents and Teachers Need to Know about the Emerging Science of Sex Differences*, Doubleday, New York, 2005, p. 206.
- ⁸ Benoit Denizet-Lewis, « The Scientific Quest to Prove Bisexuality Exists », *The New York Times Magazine*, 20 mars 2014, <http://www.nytimes.com/2014/03/23/magazine/the-scientific-quest-to-prove-bisexuality-exists.html>.
- ⁹ *Ibid.*
- ¹⁰ *Ibid.*
- ¹¹ Stephen B. Levine, « Reexploring the Concept of Sexual Desire », *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, n° 1, 2002, p. 39, <http://dx.doi.org/10.1080/009262302317251007>.
- ¹² *Ibid.*
- ¹³ Consulter Lori A. Brotto *et al.*, « Sexual Desire and Pleasure » dans *APA Handbook of Sexuality and Psychology*, Volume 1 : Person-based Approaches, APA, 2014, pp. 205-244 ; Stephen B. Levine, « Reexploring the Concept of Sexual Desire », *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, n° 1, 2002, pp. 39-51, <http://dx.doi.org/10.1080/009262302317251007> ; Lisa M. Diamond, « What Does Sexual Orientation Orient? A Biobehavioral Model Distinguishing Romantic Love and Sexual Desire », *Psychological Review* 110, n° 1, 2003, pp. 173-192, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.110.1.173> ; Gian C. Gonzaga *et al.*, « Romantic Love and Sexual Desire in Close Relationships », *Emotion* 6, n° 2, 2006, pp. 163-179, <http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.6.2.163>.
- ¹⁴ Alexander R. Pruss, *One Body: An Essay in Christian Sexual Ethics*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, Indiana, 2012, p. 360.
- ¹⁵ Neil A. Campbell et Jane B. Reece, *Biology*, Seventh Edition, Pearson Education, San Francisco, 2005, p. 973.
- ¹⁶ Consulter, par exemple, Nancy Burley, « The Evolution of Concealed Ovulation », *American Naturalist* 114, n° 6, 1979, pp. 835-858, <http://dx.doi.org/10.1086/283532>.
- ¹⁷ David Woodruff Smith, « Phenomenology », *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2013, <http://plato.stanford.edu/entries/phenomenology/>.
- ¹⁸ Consulter, par exemple, Abraham Maslow, *Motivation and Personality*, Third Edition, Addison-Wesley Educational Publishers, New York, 1987.
- ¹⁹ Marc-André Raffalovich, *Uranisme et unisexualité: étude sur différentes manifestations de l'instinct sexuel*, Storck, Lyon, France, 1896.

-
- ²⁰ Consulter, de façon générale, Brocard Sewell, *In the Dorian Mode: Life of John Gray 1866-1934*, Tabb House, Padstow, Cornwall, GB, 1983.
- ²¹ Pour plus de détails sur l'échelle de Kinsey, consulter « Kinsey's Heterosexual-Homosexual Rating Scale », Institut Kinsey, Université d'Indiana, <https://www.kinseyinstitute.org/research/publications/kinsey-scale.php>
- ²² Brief as *Amicus Curiae* of Daniel N. Robinson in Support of Petitioners and Supporting Reversal, *Hollingsworth v. Perry*, 133 S. Ct. 2652, 2013.
- ²³ Consulter, par exemple, John Bowlby, « The Nature of the Child's Tie to His Mother », *The International Journal of Psycho-Analysis* 39, 1958, pp. 350-373.
- ²⁴ Edward O. Laumann *et al.*, *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*, University of Chicago Press, Chicago, 1994.
- ²⁵ Association américaine de psychologie, « Answers to Your Questions for a Better Understanding of Sexual Orientation & Homosexuality », 2008, <http://www.apa.org/topics/lgbt/orientation.pdf>.
- ²⁶ Laumann, Gagnon, Michael et Michaels, *The Social Organization of Sexuality*, pp. 300-301.
- ²⁷ Lisa M. Diamond et Ritch C. Savin-Williams, « Gender and Sexual Identity » dans *Handbook of Applied Development Science*, éd. Richard M. Lerner, Francine Jacobs, and Donald Wertlieb, SAGE Publications, Thousand Oaks, Californie, 2002, p. 101. Consulter aussi A. Elfin Moses and Robert O. Hawkins, *Counseling Lesbian Women and Gay Men: A Life-Issues Approach*, Mosby, Saint Louis, MO, 1982.
- ²⁸ John. C. Gonsiorek et James D. Weinrich, « The Definition and Scope of Sexual Orientation » dans *Homosexuality: Research Implications for Public Policy*, éd. John. C. Gonsiorek and James D. Weinrich, SAGE Publications, Newberry Park, Californie, 1991, p. 8.
- ²⁹ Letitia Anne Peplau *et al.*, « The Development of Sexual Orientation in Women », *Annual Review of Sex Research* 10, n° 1, 1999, p. 83, <http://dx.doi.org/10.1080/10532528.1999.10559775>.
- ³⁰ Lisa M. Diamond, « New Paradigms for Research on Heterosexual and Sexual-Minority Development », *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 32, n° 4, 2003, p. 492.
- ³¹ Franz J. Kallmann, « Comparative Twin Study on the Genetic Aspects of Male Homosexuality », *Journal of Nervous and Mental Disease* 115, n° 4, 1952, pp. 283-298, <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-195201000-00025>.
- ³² Edward Stein, *The Mismeasure of Desire: The Science, Theory, and Ethics of Sexual Orientation*, Oxford University Press, New York, 1999, p. 145.
- ³³ J. Michael Bailey, Michael P. Dunne et Nicholas G. Martin, « Genetic and environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian twin sample », *Journal of Personality and Social Psychology* 78, n° 3, 2000, pp. 524-536, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.78.3.524>.
- ³⁴ Bailey et ses collègues ont calculé ces taux de concordance en utilisant un critère « strict » pour déterminer la non-hétérosexualité, représenté par un score de Kinsey égal ou supérieur à 2. Ils ont également calculé les taux de concordance en utilisant un critère « souple », représenté par un score de Kinsey égal ou supérieur à 1. Les taux de concordance pour ce critère souple étaient de 38 % pour les hommes et de 30 % pour les femmes chez les jumeaux identiques, contre 6 % pour les hommes et 30 % pour les femmes chez les faux jumeaux. Les différences entre les taux de concordance des faux et des vrais jumeaux avec le critère souple étaient statistiquement significatives pour les hommes, mais pas pour les femmes.
- ³⁵ Bailey, Dunne et Martin, « Genetic and environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian twin sample », p. 534.
- ³⁶ Ces exemples sont extraits de Ned Block, « How heritability misleads about race », *Cognition* 56, n° 2, 1995, pp. 103-104, [http://dx.doi.org/10.1016/0010-0277\(95\)00678-R](http://dx.doi.org/10.1016/0010-0277(95)00678-R).
- ³⁷ Niklas Långström *et al.*, « Genetic and Environmental Effects on Same-sex Sexual Behavior: A Population Study of Twins in Sweden », *Archives of Sexual Behavior* 39, n° 1, 2010, pp. 75-80, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9386-1>.

³⁸ *Ibid.*, p. 79.

³⁹ Peter S. Bearman et Hannah Brückner, « Opposite-Sex Twins and Adolescent Same-Sex Attraction », *American Journal of Sociology* 107, n° 5, 2002, pp. 1179-1205, <http://dx.doi.org/10.1086/341906>.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 1199.

⁴¹ Consulter, par exemple, Ray Blanchard et Anthony F. Bogaert, « Homosexuality in men and number of older brothers », *American Journal of Psychiatry* 153, n° 1, 1996, pp. 27-31, <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.153.1.27>.

⁴² Peter S. Bearman et Hannah Brückner, p. 1198.

⁴³ *Ibid.*, p. 1198.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 1179.

⁴⁵ Kenneth S. Kendler *et al.*, « Sexual Orientation in a U.S. National Sample of Twin and Nontwin Sibling Pairs », *American Journal of Psychiatry* 157, n° 11, 2000, pp. 1843-1846, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1843>.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 1845.

⁴⁷ Les études génétiques quantitatives, notamment les études de jumeaux, utilisent un modèle abstrait fondé sur de nombreuses hypothèses plutôt que sur la mesure de corrélations entre des gènes et des phénotypes. Le modèle abstrait est utilisé pour déduire l'existence d'une contribution génétique à un caractère à travers des corrélations au sein de la famille. Les effets environnementaux peuvent être contrôlés dans des expériences menées avec des animaux de laboratoire, mais dans l'impossibilité de le faire avec des humains, il est probable que la meilleure solution soit d'étudier des jumeaux identiques élevés séparément. Il faut cependant signaler que même ces études peuvent être mal interprétées car des jumeaux identiques adoptés séparément ont tendance à être adoptés dans des environnements socio-économiques semblables. Les études sur l'homosexualité des jumeaux n'incluent aucune étude séparée des jumeaux et les modèles d'étude offrent peu de contrôle sur les effets environnementaux (par exemple, des jumeaux identiques sont plus susceptibles d'avoir grandi dans un même environnement que des frères et sœurs ou même des faux jumeaux).

⁴⁸ Dean H. Hamer *et al.*, « A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation », *Science* 261, n° 5119, 1993, pp. 321-327, <http://dx.doi.org/10.1126/science.8332896>.

⁴⁹ George Rice *et al.*, « Male Homosexuality: Absence of Linkage to Microsatellite Markers at Xq28 », *Science* 284, n° 5414, 1999, pp. 665-667, <http://dx.doi.org/10.1126/science.284.5414.665>.

⁵⁰ Alan R. Sanders *et al.*, « Genome-wide scan demonstrates significant linkage for male sexual orientation », *Psychological Medicine* 45, n° 07, 2015, pp. 1379-1388, <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291714002451>.

⁵¹ E.M. Drabant *et al.*, « Genome-Wide Association Study of Sexual Orientation in a Large, Web-based Cohort », 23andMe, Inc., Mountain View, Californie, 2012, <http://blog.23andme.com/wp-content/uploads/2012/11/Drabant-Poster-v7.pdf>.

⁵² Richard C. Francis, *Epigenetics: How Environment Shapes Our Genes*, W. W. Norton & Company, New York, 2012.

⁵³ Consulter, par exemple, Richard P. Ebstein *et al.*, « Genetics of Human Social Behavior », *Neuron* 65, n° 6, 2010, pp. 831-844, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2010.02.020>.

⁵⁴ Dean Hamer, « Rethinking Behavior Genetics », *Science* 298, n° 5591, 2002, p. 71, <http://dx.doi.org/10.1126/science.1077582>.

⁵⁵ Pour avoir un aperçu de la distinction entre les effets organisationnels et les effets d'activation des hormones et leur importance dans le domaine de l'endocrinologie, consulter Arthur P. Arnold, « The organizational-activational hypothesis as the foundation for a unified theory of sexual differentiation of all mammalian tissues », *Hormones and Behavior* 55, n° 5, 2009, pp. 570-578, <http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2009.03.011>.

⁵⁶ Melissa Hines, « Prenatal endocrine influences on sexual orientation and on sexually differentiated childhood behavior », *Frontiers in Neuroendocrinology* 32, n° 2, 2011, pp. 170-182, <http://dx.doi.org/10.1016/j.yfrne.2011.02.006>.

-
- ⁵⁷ Eugene D. Albrecht et Gerald J. Pepe, « Estrogen regulation of placental angiogenesis and fetal ovarian development during primate pregnancy », *The International Journal of Developmental Biology* 54, n° 2-3, 2010, pp. 397-408, <http://dx.doi.org/10.1387/ijdb.082758ea>.
- ⁵⁸ Sheri A. Berenbaum, « How Hormones Affect Behavioral and Neural Development: Introduction to the Special Issue on 'Gonadal Hormones and Sex Differences in Behavior' », *Developmental Neuropsychology* 14, 1998, pp. 175-196, <http://dx.doi.org/10.1080/87565649809540708>.
- ⁵⁹ Jean D. Wilson, Fredrick W. George et James E. Griffin, « The Hormonal Control of Sexual Development », *Science* 211, 1981, pp. 1278-1284, <http://dx.doi.org/10.1126/science.7010602>.
- ⁶⁰ *Ibid.*
- ⁶¹ Consulter, par exemple, Celina C.C. Cohen-Bendahan, Cornelië van de Beek et Sheri A. Berenbaum, « Prenatal sex hormone effects on child and adult sex-typed behavior: methods and findings », *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 29, n° 2, 2005, pp. 353-384, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.11.004> ; Marta Weinstock, « The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring », *Brain, Behavior, and Immunity* 19, n° 4, 2005, pp. 296-308, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2004.09.006> ; Marta Weinstock, « Gender Differences in the Effects of Prenatal Stress on Brain Development and Behaviour », *Neurochemical Research* 32, n° 10, 2007, pp. 1730-1740, <http://dx.doi.org/10.1007/s11064-007-9339-4>.
- ⁶² Vivette Glover, T.G. O'Connor et Kieran O'Donnell, « Prenatal stress and the programming of the HPA axis », *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 35, n° 1, 2010, pp. 17-22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.11.008>.
- ⁶³ Consulter, par exemple, Felix Beuschlein *et al.*, « Constitutive Activation of PKA Catalytic Subunit in Adrenal Cushing's Syndrome », *New England Journal of Medicine* 370, n° 11, 2014, pp. 1019-1028, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1310359>.
- ⁶⁴ Phyllis W. Speiser et Perrin C. White, « Congenital Adrenal Hyperplasia », *New England Journal of Medicine* 349, n° 8, 2003, pp. 776-788, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra021561>.
- ⁶⁵ *Ibid.*, p. 776.
- ⁶⁶ *Ibid.*
- ⁶⁷ *Ibid.*, p. 778.
- ⁶⁸ Phyllis W. Speiser *et al.*, « Congenital Adrenal Hyperplasia Due to Steroid 21-Hydroxylase Deficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline », *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 95, n° 9, 2009, pp. 4133-4160, <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2009-2631>.
- ⁶⁹ Melissa Hines, « Prenatal endocrine influences on sexual orientation and on sexually differentiated childhood behavior », pp. 173-174.
- ⁷⁰ Ieuan A. Hughes *et al.*, « Androgen insensitivity syndrome », *The Lancet* 380, n° 9851, 2012, pp. 1419-1428, <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736%2812%2960071-3>.
- ⁷¹ *Ibid.*, p. 1420.
- ⁷² *Ibid.*, p. 1419.
- ⁷³ Melissa S. Hines, Faisal Ahmed et Ieuan A. Hughes, « Psychological Outcomes and Gender-Related Development in Complete Androgen Insensitivity Syndrome », *Archives of Sexual Behavior* 32, n° 2, 2003, pp. 93-101, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1022492106974>.
- ⁷⁴ Consulter, par exemple, Claude J. Migeon Wisniewski *et al.*, « Complete Androgen Insensitivity Syndrome: Long-Term Medical, Surgical, and Psychosexual Outcome », *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 85, n° 8, 2000, pp. 2664-2669, <http://dx.doi.org/10.1210/jcem.85.8.6742>.
- ⁷⁵ Peggy T. Cohen-Kettenis, « Gender Change in 46,XY Persons with 5 α -Reductase-2 Deficiency and 17 β -Hydroxysteroid Dehydrogenase-3 Deficiency », *Archives of Sexual Behavior* 34, n° 4, 2005, pp. 399-410, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4>.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 399.

⁷⁷ Consulter, par exemple, Johannes Hönekopp *et al.*, « Second to fourth digit length ratio (2D:4D) and adult sex hormone levels: New data and a meta-analytic review », *Psychoneuroendocrinology* 32, n° 4, 2007, pp. 313-321, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2007.01.007>.

⁷⁸ Terrance J. Williams *et al.*, « Finger-length ratios and sexual orientation », *Nature* 404, n° 6777, 2000, pp. 455-456, <http://dx.doi.org/10.1038/35006555>.

⁷⁹ S.J. Robinson et John T. Manning, « The ratio of 2nd to 4th digit length and male homosexuality », *Evolution and Human Behavior* 21, n° 5, 2000, pp. 333-345, [http://dx.doi.org/10.1016/S1090-5138\(00\)00052-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1090-5138(00)00052-0).

⁸⁰ Qazi Rahman et Glenn D. Wilson, « Sexual orientation and the 2nd to 4th finger length ratio: evidence for organising effects of sex hormones or developmental instability? », *Psychoneuroendocrinology* 28, n° 3, 2003, pp. 288-303, [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530\(02\)00022-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530(02)00022-7).

⁸¹ Richard A. Lippa, « Are 2D:4D Finger-Length Ratios Related to Sexual Orientation? Yes for Men, No for Women », *Journal of Personality and Social Psychology* 85, n° 1, 2003, pp. 179-188, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.85.1.179> ; Dennis McFadden and Erin Shubel, « Relative Lengths of Fingers and Toes in Human Males and Females », *Hormones and Behavior* 42, n° 4, 2002, pp. 492-500, <http://dx.doi.org/10.1006/hbeh.2002.1833>.

⁸² Lynn S. Hall et Craig T. Love, « Finger-Length Ratios in Female Monozygotic Twins Discordant for Sexual Orientation », *Archives of Sexual Behavior* 32, n° 1, 2003, pp. 23-28, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1021837211630>.

⁸³ *Ibid.*, p. 23.

⁸⁴ Martin Voracek, John T. Manning et Ivo Ponocny, « Digit ratio (2D:4D) in homosexual and heterosexual men from Austria », *Archives of Sexual Behavior* 34, n° 3, 2005, pp. 335-340, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-005-3122-x>.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 339.

⁸⁶ Günter Dörner *et al.*, « Stressful Events in Prenatal Life of Bi- and Homosexual Men », *Experimental and Clinical Endocrinology* 81, n° 1, 1983, pp. 83-87, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1210210>.

⁸⁷ Consulter, par exemple, Lee Ellis *et al.*, « Sexual orientation of human offspring may be altered by severe maternal stress during pregnancy », *Journal of Sex Research* 25, n° 2, 1988, pp. 152-157, <http://dx.doi.org/10.1080/00224498809551449> ; J. Michael Bailey, Lee Willerman et Carlton Parks, « A Test of the Maternal Stress Theory of Human Male Homosexuality », *Archives of Sexual Behavior* 20, n° 3, 1991, pp. 277-293, <http://dx.doi.org/10.1007/BF01541847> ; Lee Ellis and Shirley Cole-Harding, « The effects of prenatal stress, and of prenatal alcohol and nicotine exposure, on human sexual orientation », *Physiology & Behavior* 74, n° 1, 2001, pp. 213-226, [http://dx.doi.org/10.1016/S0031-9384\(01\)00564-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0031-9384(01)00564-9).

⁸⁸ Melissa Hines *et al.*, « Prenatal Stress and Gender Role Behavior in Girls and Boys: A Longitudinal, Population Study », *Hormones and Behavior* 42, n° 2, 2002, pp. 126-134, <http://dx.doi.org/10.1006/hbeh.2002.1814>.

⁸⁹ Simon LeVay, « A Difference in Hypothalamic Structure between Heterosexual and Homosexual Men », *Science* 253, n° 5023, 1991, pp. 1034-1037, <http://dx.doi.org/10.1126/science.1887219>.

⁹⁰ William Byne *et al.*, « The Interstitial Nuclei of the Human Anterior Hypothalamus: An Investigation of Variation with Sex, Sexual Orientation, and HIV Status », *Hormones and Behavior* 40, n° 2, 2001, p. 87, <http://dx.doi.org/10.1006/hbeh.2001.1680>.

⁹¹ *Ibid.*, p. 91.

⁹² *Ibid.*

⁹³ Mitchell S. Lasco, *et al.*, « A lack of dimorphism of sex or sexual orientation in the human anterior commissure », *Brain Research* 936, n° 1, 2002, pp. 95-98, [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-8993\(02\)02590-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-8993(02)02590-8).

⁹⁴ Dick F. Swaab, « Sexual orientation and its basis in brain structure and function », *Proceedings of the National Academy of Sciences* 105, n° 30, 2008, pp. 10273-10274, <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0805542105>.

-
- ⁹⁵ Felicitas Kranz et Alomit Ishai, « Face Perception Is Modulated by Sexual Preference », *Current Biology* 16, n° 1, 2006, pp. 63-68, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2005.10.070>.
- ⁹⁶ Ivanka Savic, Hans Berglund et Per Lindström, « Brain response to putative pheromones in homosexual men », *Proceedings of the National Academy of Sciences* 102, n° 20, 2005, pp. 7356-7361, <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0407998102>.
- ⁹⁷ Hans Berglund, Per Lindström et Ivanka Savic, « Brain response to putative pheromones in lesbian women », *Proceedings of the National Academy of Sciences* 103, n° 21, 2006, pp. 8269-8274, <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0600331103>.
- ⁹⁸ Ivanka Savic et Per Lindström, « PET and MRI show differences in cerebral asymmetry and functional connectivity between homo- and heterosexual subjects », *Proceedings of the National Academy of Sciences* 105, n° 27, 2008, pp. 9403-9408, <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0801566105>.
- ⁹⁹ Les recherches en neuroplasticité montrent que s'il existe des périodes critiques de développement au cours desquelles le cerveau change de façon plus rapide et plus profonde (par exemple, pendant le développement du langage chez les jeunes enfants), le cerveau continue de changer au cours de la vie en réponse à des comportements (comme la pratique du jonglage ou d'un instrument de musique), au vécu, à la psychothérapie, aux médicaments, aux traumatismes psychologiques et aux relations. Pour avoir un aperçu utile et généralement accessible des recherches associées à la neuroplasticité, consulter Norman Doidge, *The Brain That Changes Itself: Stories of Personal Triumph from the Frontiers of Brain Science*, Penguin, New York, 2007.
- ¹⁰⁰ Letitia Anne Peplau *et al.*, « The Development of Sexual Orientation in Women », *Annual Review of Sex Research* 10, n° 1, 1999, p. 81, <http://dx.doi.org/10.1080/10532528.1999.10559775>. Consulter également J. Michael Bailey, « What is Sexual Orientation and Do Women Have One? » dans *Contemporary Perspectives on Lesbian, Gay, and Bisexual Identities*, éd. Debra A. Hope, Springer, New York, 2009, pp. 43-63, http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-09556-1_3.
- ¹⁰¹ Mark S. Friedman *et al.*, « A Meta-Analysis of Disparities in Childhood Sexual Abuse, Parental Physical Abuse, and Peer Victimization Among Sexual Minority and Sexual Nonminority Individuals », *American Journal of Public Health* 101, n° 8, 2011, pp. 1481-1494, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.190009>.
- ¹⁰² *Ibid.*, p. 1490.
- ¹⁰³ *Ibid.*, p. 1492.
- ¹⁰⁴ *Ibid.*
- ¹⁰⁵ Emily F. Rothman, Deineria Exner et Allyson L. Baughman, « The Prevalence of Sexual Assault Against People Who Identify as Gay, Lesbian, or Bisexual in the United States: A Systematic Review », *Trauma, Violence, & Abuse* 12, n° 2, 2011, pp. 55-66, <http://dx.doi.org/10.1177/1524838010390707>.
- ¹⁰⁶ Judith P. Andersen et John Blosnich, « Disparities in Adverse Childhood Experiences among Sexual Minority and Heterosexual Adults: Results from a Multi-State Probability-Based Sample », *PLOS ONE* 8, n° 1, 2013, e54691, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0054691>.
- ¹⁰⁷ Andrea L. Roberts *et al.*, « Pervasive Trauma Exposure Among US Sexual Orientation Minority Adults and Risk of Posttraumatic Stress Disorder », *American Journal of Public Health* 100, n° 12, 2010, pp. 2433-2441, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.168971>.
- ¹⁰⁸ Le chiffre exact n'est pas indiqué dans le texte pour des raisons que les auteurs n'ont pas précisées.
- ¹⁰⁹ Brendan P. Zietsch *et al.*, « Do shared etiological factors contribute to the relationship between sexual orientation and depression? », *Psychological Medicine* 42, n° 3, 2012, pp. 521-532, <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711001577>.
- ¹¹⁰ *Ibid.*, p. 526.
- ¹¹¹ *Ibid.*, p. 527.

¹¹² Marie E. Tomeo *et al.*, « Comparative Data of Childhood and Adolescence Molestation in Heterosexual and Homosexual Persons », *Archives of Sexual Behavior* 30, n° 5, 2001, pp. 535-541, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1010243318426>.

¹¹³ *Ibid.*, p. 541.

¹¹⁴ Helen W. Wilson et Cathy Spatz Widom, « Does Physical Abuse, Sexual Abuse, or Neglect in Childhood Increase the Likelihood of Same-sex Sexual Relationships and Cohabitation? A Prospective 30-year Follow-up », *Archives of Sexual Behavior* 39, n° 1, 2010, pp. 63-74, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9449-3>.

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 70.

¹¹⁶ Andrea L. Roberts, M. Maria Glymour et Karestan C. Koenen, « Does Maltreatment in Childhood Affect Sexual Orientation in Adulthood? », *Archives of Sexual Behavior* 42, n° 2, 2013, pp. 161-171, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-0021-9>.

¹¹⁷ Pour ceux qui souhaitent connaître les détails méthodologiques : cette méthode statistique utilise un processus en deux étapes dans lequel on prend des « instruments » – dans ce cas, des caractéristiques familiales qui sont connues pour être associées à la maltraitance (présence d'un beau-parent, alcoolisme parental ou maladie mentale des parents) – comme « variables instrumentales » pour prédire le risque de maltraitance. Dans la seconde étape, on utilise le risque prévu de maltraitance comme variable indépendante et l'orientation sexuelle adulte comme variable dépendante ; les coefficients qui en résultent sont les estimations des variables instrumentales. Il faut également signaler que ces techniques d'estimation des variables instrumentales s'appuient sur des hypothèses importantes (et contestables), en l'occurrence l'hypothèse selon laquelle les instruments (le beau-parent, l'alcoolisme, la maladie mentale) n'affectent pas les mesures d'orientation sexuelle de l'enfant, sauf en cas de maltraitance des enfants. Cette hypothèse n'a cependant pas été démontrée, ce qui peut, par conséquent, constituer une limitation fondamentale de la méthode. La causalité est difficile à soutenir du point de vue statistique et continue de séduire la recherche en sciences sociales malgré les efforts mis en œuvre pour développer des études capables de générer des associations plus étroites qui offrent un soutien plus solide à la thèse de causalité.

¹¹⁸ Roberts, Glymour et Koenen, « Does Maltreatment in Childhood Affect Sexual Orientation in Adulthood? », p. 167.

¹¹⁹ Drew H. Bailey et J. Michael Bailey, « Poor Instruments Lead to Poor Inferences: Comment on Roberts, Glymour, and Koenen (2013) », *Archives of Sexual Behavior* 42, n° 8, 2013, pp. 1649-1652, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-013-0101-5>.

¹²⁰ Roberts, Glymour et Koenen, « Does Maltreatment in Childhood Affect Sexual Orientation in Adulthood? », p. 169.

¹²¹ *Ibid.*, p. 169.

¹²² Pour plus d'informations sur l'étude, consulter « National Health and Social Life Survey », Population Research Center, University of Chicago, <http://popcenter.uchicago.edu/data/nhsls.shtml>.

¹²³ Edward O. Laumann *et al.*, *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*, University of Chicago Press, Chicago, 1994 ; Robert T. Michael *et al.*, *Sex in America: A Definitive Survey*, Warner Books, New York, 1994.

¹²⁴ Laumann *et al.*, *The Social Organization of Sexuality*, p. 295.

¹²⁵ La troisième itération du Natsal de 2010 indique, pour une tranche d'âge de 16 à 74 ans, que 1,0 % des femmes et 1,5 % des hommes se déclarent homosexuels/lesbiennes, et que 1,4 % des femmes et 1,0 % des hommes se considèrent bisexuels. Consulter Catherine H. Mercer *et al.*, « Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal) », *The Lancet* 382, n° 9907, 2013, pp. 1781-1794, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62035-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62035-8). Les résultats complets de cette enquête sont recueillis dans plusieurs articles publiés dans le même numéro de *The Lancet*.

¹²⁶ Consulter le Tableau 8.1 dans Laumann *et al.*, *The Social Organization of Sexuality*, p. 304.

¹²⁷ Ce chiffre a été calculé à partir du Tableau 8.2 dans Laumann *et al.*, *The Social Organization of Sexuality*, p. 305.

¹²⁸ Pour plus d'informations sur la conception de l'étude Add Health, consulter Kathleen Mullan Harris *et al.*, « Study Design », The National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health, <http://www.cpc.unc.edu/projects/addhealth/design>. Certaines études fondées sur les données de l'étude Add Health utilisent des chiffres arabes au lieu de chiffres romains pour marquer les vagues ; lorsque nous décrivons ou citons ces études, nous conservons les chiffres romains.

¹²⁹ Consulter le Tableau 1 dans Ritch C. Savin-Williams et Kara Joyner, « The Dubious Assessment of Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents of Add Health », *Archives of Sexual Behavior* 43, n° 3, 2014, pp. 413-422, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-013-0219-5>.

¹³⁰ *Ibid.*, p. 415.

¹³¹ *Ibid.*

¹³² *Ibid.*

¹³³ « Research Collaborators The National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health, <http://www.cpc.unc.edu/projects/addhealth/people>.

¹³⁴ J. Richard Udry et Kim Chantala, « Risk Factors Differ According to Same-Sex and Opposite-Sex Interest », *Journal of Biosocial Science* 37, n° 04, 2005, pp. 481-497, <http://dx.doi.org/10.1017/S0021932004006765>.

¹³⁵ Ritch C. Savin-Williams et Geoffrey L. Ream, « Prevalence and Stability of Sexual Orientation Components During Adolescence and Young Adulthood », *Archives of Sexual Behavior* 36, n° 3, 2007, pp. 385-394, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9088-5>.

¹³⁶ *Ibid.*, p. 388.

¹³⁷ *Ibid.*, p. 389.

¹³⁸ *Ibid.*, pp. 392-393.

¹³⁹ *Ibid.*, p. 393.

¹⁴⁰ Miles Q. Ott *et al.*, « Repeated Changes in Reported Sexual Orientation Identity Linked to Substance Use Behaviors in Youth », *Journal of Adolescent Health* 52, n° 4, 2013, pp. 465-472, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.08.004>.

¹⁴¹ Savin-Williams et Joyner, « The Dubious Assessment of Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents of Add Health ».

¹⁴² *Ibid.*, p. 416.

¹⁴³ *Ibid.*, p. 414.

¹⁴⁴ Pour plus d'analyses des répondants ne disant pas la vérité dans les enquêtes de l'étude Add Health, consulter Xitao Fan *et al.*, « An Exploratory Study about Inaccuracy and Invalidity in Adolescent Self-Report Surveys », *Field Methods* 18, n° 3, 2006, pp. 223-244, <http://dx.doi.org/10.1177/152822X06289161>.

¹⁴⁵ Savin-Williams et Joyner se montraient également sceptiques à l'égard des données de l'enquête de l'étude Add Health parce que la proportion élevée de jeunes ayant déclaré ressentir des attirances pour le même sexe ou pour le sexe opposé (7,3 % des garçons et 5,0 % des filles) à la vague I était très inhabituelle, par rapport à des études semblables, et parce que l'attirance pour le même sexe déclarée un peu plus d'an plus tard, à la vague II, s'est considérablement réduite.

¹⁴⁶ Savin-Williams et Joyner, « The Dubious Assessment of Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents of Add Health », p. 420

¹⁴⁷ Gu Li, Sabra L. Katz-Wise et Jerel P. Calzo, « The Unjustified Doubt of Add Health Studies on the Health Disparities of Non-Heterosexual Adolescents: Comment on Savin-Williams and Joyner (2014) », *Archives of Sexual Behavior* 43, n° 6, 2014, pp. 1023-1026, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-014-0313-3>.

¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 1024.

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 1025.

¹⁵⁰ Ritch C. Savin-Williams et Kara Joyner, « The Politicization of Gay Youth Health: Response to Li, Katz-Wise, and Calzo (2014) », *Archives of Sexual Behavior* 43, n° 6, 2014, pp. 1027-1030, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-014-0359-2>.

¹⁵¹ Consulter, par exemple, Stephen T. Russell *et al.*, « Being Out at School: The Implications for School Victimization and Young Adult Adjustment », *American Journal of Orthopsychiatry* 84, n° 6, 2014, pp. 635-643, <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000037>.

¹⁵² Sabra L. Katz-Wise *et al.*, « Same Data, Different Perspectives: What Is at Stake? Response to Savin-Williams and Joyner (2014a) », *Archives of Sexual Behavior* 44, n° 1, 2015, p. 15, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-014-0434-8>.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 15.

¹⁵⁴ *Ibid.*, pp. 15-16.

¹⁵⁵ Consulter, par exemple, Bailey, « What is Sexual Orientation and Do Women Have One? », pp. 43-63 ; Peplau *et al.*, « The Development of Sexual Orientation in Women », pp. 70-99.

¹⁵⁶ Lisa M. Diamond, *Sexual Fluidity*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 2008, p. 52.

¹⁵⁷ Lisa M. Diamond, « Was It a Phase? Young Women's Relinquishment of Lesbian/Bisexual Identities Over a 5-Year Period », *Journal of Personality and Social Psychology* 84, n° 2, 2003, pp. 352-364, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.352>.

¹⁵⁸ Diamond, « What Does Sexual Orientation Orient? », pp. 173-192.

¹⁵⁹ Ces communications de conférence ont été résumées dans Denizet-Lewis, « The Scientific Quest to Prove Bisexuality Exists ».

¹⁶⁰ A. Lee Beckstead, « Can We Change Sexual Orientation? », *Archives of Sexual Behavior* 41, n° 1, 2012, p. 128, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-9922-x>.

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>.

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

Troisième partie **L'identité de genre**

Le concept de sexe biologique est clairement défini et repose sur les fonctions binaires que les mâles et les femelles remplissent dans la reproduction. En revanche, le concept de genre n'est pas bien défini. On considère généralement que le genre renvoie à des comportements et à des caractéristiques psychologiques qui tendent à être spécifiques à un sexe donné. Certains individus s'identifient à un genre qui ne correspond pas à leur sexe biologique. Les causes de cette identification sexuelle inversée sont encore mal comprises. Les recherches visant à déterminer si ces individus transgenres possèdent certaines caractéristiques physiologiques ou certaines expériences en commun avec le sexe opposé, telles que des structures cérébrales ou des expositions prénatales atypiques aux hormones, n'ont pas donné de résultats concluants à cette date. La dysphorie du genre – un sentiment d'incongruence entre le sexe biologique et le genre d'une personne, qui s'accompagne d'une détresse ou d'un trouble clinique important – est parfois traitée chez les adultes par des hormones ou par la chirurgie, mais on dispose de peu de données scientifiques attestant que ces interventions thérapeutiques ont des bienfaits psychologiques. La science a montré que les problèmes d'identité de genre chez les enfants ne persistent généralement pas à l'adolescence ou à l'âge adulte ; par ailleurs, il existe peu de données scientifiques attestant la valeur thérapeutique des traitements retardant la puberté. Nous sommes préoccupés par la tendance croissante à encourager les enfants présentant des problèmes d'identité de genre à faire la transition vers leur genre préféré à travers des actes d'abord médicaux, puis chirurgicaux. Il existe un besoin évident de recherches complémentaires dans ces domaines.

Comme il a été décrit dans la première partie de ce rapport, il existe une conviction largement répandue que l'*orientation sexuelle* est un concept clairement défini, et qu'elle est innée et fixe chez chaque individu. On entend souvent dire que les homosexuels « sont nés comme ça ». Une autre vision émergente et associée à ce concept est que l'*identité de genre* – la perception subjective d'être un homme ou une femme (ou de faire partie d'une autre catégorie) – est également fixée à la naissance ou à un très jeune âge, et qu'elle peut différer du sexe biologique d'une personne. Dans le cas des enfants, cette réalité est parfois exprimée à travers l'image d'un jeune garçon emprisonné dans le corps d'une petite fille et vice-versa.

Dans la première partie, nous avons affirmé que les recherches scientifiques ne corroborent guère l'hypothèse selon laquelle l'orientation sexuelle serait innée et fixe. Nous soutenons ici, de façon analogue, qu'il existe peu de données scientifiques démontrant que l'identité de genre serait fixée à la naissance ou à un jeune âge. Bien que le sexe biologique soit inné et que l'identité de genre et le sexe biologique soient liés de façon complexe, ils ne sont pas identiques ; le genre est parfois défini ou exprimé dans des termes qui ont peu, voire aucune base biologique.

Les principaux concepts et leurs origines

Pour préciser ce qu'on entend par « genre » et par « sexe », nous allons commencer par une définition largement utilisée, extraite d'une brochure de l'Association américaine de psychologie (APA) :

Le sexe est assigné à la naissance ; il désigne un état biologique sous la forme d'homme ou de femme qui est principalement associé à des caractéristiques physiques telles que les chromosomes, la prévalence d'hormones et l'anatomie externe et interne. *Le genre* désigne les rôles, les comportements, les activités et les caractéristiques socialement construits qu'une société donnée considère appropriés pour les garçons et les hommes ou pour les filles et les femmes. Ces constructions sociales influencent la façon dont les individus agissent et interagissent, et comment ils se sentent. Si les aspects du sexe biologique sont semblables dans les différentes cultures, les aspects du genre, quant à eux, peuvent différer¹.

Cette définition souligne le fait évident qu'il existe des normes sociales pour les hommes et pour les femmes, qui varient selon les cultures et qui ne sont pas simplement déterminées par la biologie. Mais elle va plus loin en affirmant que le genre est intégralement « construit socialement », c'est-à-dire qu'il est détaché du sexe biologique. Cette idée a constitué une partie importante d'un mouvement féministe visant à réformer ou à éliminer les rôles traditionnels des genres. Dans l'ouvrage féministe classique *Le Deuxième Sexe* (1949), Simone de Beauvoir a écrit qu'« on ne naît pas femme, on le devient »². Cette notion est une version précoce de la distinction qui nous est aujourd'hui familière entre le sexe en tant que désignation biologique et le genre en tant que construction culturelle : bien que l'on soit né, comme l'explique l'APA, avec les « chromosomes, la prévalence d'hormones et l'anatomie interne et externe » d'une femme, on est socialement poussé à adopter les « rôles, les comportements, les activités et les caractéristiques » d'une femme.

Les développements de la théorie féministe au cours de la seconde moitié du XX^e siècle ont consolidé la position selon laquelle le genre est une construction sociale. Une des premières personnes à avoir utilisé le terme « genre » dans un sens différent du sexe dans la littérature de sciences sociales était Ann Oakley dans son ouvrage de 1972, *Sex, Gender and Society*³. Dans l'ouvrage paru en 1978, *Gender: An Ethnomethodological Approach*, les professeurs de psychologie Suzanne Kessler et Wendy McKenna soutenaient que « le genre est une construction sociale, qu'un monde de deux « sexes » est le résultat de méthodes socialement partagées et admises que les individus utilisent pour construire la réalité »⁴.

L'anthropologue Gayle Rubin exprimait une vision semblable lorsqu'elle écrivait en 1975 que « le genre est une division socialement imposée des sexes. Il est un produit des relations sociales de la sexualité »⁵. D'après son argument, si cette imposition sociale n'existait pas, nous aurions encore des mâles et des femelles, mais pas des « hommes » et des « femmes ». Rubin ajoute que si les rôles traditionnels des genres sont socialement construits, ils peuvent alors aussi être déconstruits et nous pouvons éliminer les « sexualités et les rôles sexuels obligatoires », et créer « une société androgyne et sans genre (mais pas sans sexe) dans laquelle l'anatomie sexuelle d'un individu n'aurait aucune incidence sur ce qu'il est, sur ce qu'il fait et sur la personne avec laquelle il fait l'amour »⁶.

Les relations entre la théorie des genres et la déconstruction ou le renversement des rôles traditionnels des genres sont exprimées de façon encore plus claire dans les travaux de l'influente théoricienne féministe Judith Butler. Dans des travaux tels que *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity* (1990)⁷ et *Undoing Gender* (2004)⁸, Butler propose ce qu'elle décrit comme une « théorie de la performativité », en vertu de laquelle le fait d'être une

femme ou un homme n'est pas quelque chose que l'on *est*, mais quelque chose que l'on *fait*. Elle ajoute que « le genre n'est pas le résultat du sexe et n'est pas aussi apparemment fixé que le sexe »⁹. Le genre est plutôt un état construit qui est radicalement indépendant de la biologie ou des caractères biologiques, « un artifice qui flotte librement, ce qui signifie que les concepts *homme* et *masculin* pourraient tout aussi bien désigner un corps féminin qu'un corps masculin, et les concepts *femme* et *féminin* un corps masculin qu'un corps féminin »¹⁰.

Cette vision selon laquelle le genre et, partant, l'identité de genre sont fluides et malléables, et pas nécessairement binaires, a récemment pris de l'ampleur dans la culture populaire. La modification introduite en 2014 par Facebook pour inclure 56 nouvelles manières permettant aux usagers de décrire leur genre en plus des options « homme » ou « femme » est un bon exemple de cette évolution. Comme l'a expliqué Facebook, les nouvelles options permettent à l'utilisateur « de se sentir à l'aise en exprimant sa véritable et authentique nature », dont une partie importante est « l'expression du genre »¹¹. Les options proposées sont notamment *agenre*, plusieurs variantes *cis-* et *trans-*, *genre fluide*, *en phase d'interrogation sur le genre*, *aucun*, *autre*, *panggenre* et *deux esprits*¹².

Que Judith Butler ait eu raison ou non de décrire les rôles traditionnels des genres des hommes et des femmes comme étant « performatifs », sa théorie du genre en tant qu'« artifice flottant librement » semble bien décrire cette nouvelle taxonomie du genre. Au fur et à mesure que ces termes se multiplient et que leurs sens s'individualisent, nous perdons un socle commun de critères permettant de définir ce que les distinctions de genre signifient. S'il est tout à fait détaché du sexe binaire ou biologique, le genre pourrait désigner toute distinction de comportement, d'attributs biologiques ou de caractères psychologiques, et chaque personne pourrait avoir un genre défini par la combinaison unique des caractéristiques qu'elle possède. Cette *reductio ad absurdum* est avancé pour indiquer qu'une définition trop large du genre pourrait conduire à une définition n'ayant pas beaucoup de sens.

L'identité de genre pourrait également être définie en termes de caractères ou de comportements propres au sexe : le fait d'être un garçon signifierait de se comporter comme ont l'habitude de le faire les garçons, autrement dit de pratiquer des jeux de contact, de s'intéresser aux sports et de préférer jouer avec des pistolets que des poupées. Mais ceci impliquerait qu'un garçon qui joue avec des poupées, qui n'aime pas les pistolets et qui ne pratique pas de sports ou de jeux de contact puisse être considéré comme une fille, plutôt que comme un simple garçon qui représente une exception parmi les modèles typiques de comportement masculin. La capacité à reconnaître des exceptions au comportement propre au sexe dépend de la compréhension de la masculinité et de la féminité, qui est indépendante de ces comportements stéréotypés liés au sexe. La base sous-jacente de la masculinité et de la féminité est la distinction entre les fonctions reproductives des sexes ; chez les mammifères comme les humains, la femelle porte la descendance et le mâle féconde la femelle. De façon plus générale, le mâle de l'espèce fertilise les œufs apportés par la femelle de l'espèce. Cette base conceptuelle des rôles des sexes est binaire et stable, et nous permet de distinguer les mâles des femelles en fonction de leur système de reproduction, même si ces individus adoptent des comportements qui ne sont pas typiques des mâles ou des femelles.

Pour montrer comment les fonctions reproductives définissent les différences entre les sexes, même lorsque le comportement semble atypique pour le sexe concerné, nous pouvons prendre deux exemples provenant l'un de la diversité du royaume animal et l'autre de la diversité du comportement humain. Examinons d'abord le cas du manchot empereur. Les manchots empereurs mâles s'occupent beaucoup plus des œufs que les femelles et, dans ce sens, ils pourraient être décrits comme étant plus maternels que la femelle¹³. Nous admettons cependant que le manchot empereur mâle n'est pas vraiment une femelle, mais que l'espèce représente une exception à la tendance générale, mais pas universelle, chez les animaux qui veut

que les femelles s'occupent beaucoup plus de leur descendance que les mâles. Nous reconnaissons ce fait parce que les comportements propres au sexe, tels que les soins parentaux, ne définissent pas les sexes, alors que la fonction de l'individu dans la reproduction sexuelle le fait.

D'autres caractères biologiques propres au sexe tels que les chromosomes ne sont pas nécessairement utiles pour définir le sexe d'une façon universelle, comme l'exemple du pingouin le montrera plus loin. Comme chez d'autres oiseaux, la détermination génétique du sexe chez le manchot empereur est différente de la détermination génétique du sexe chez les mammifères et chez de nombreux autres animaux. Chez les humains, les hommes ont des chromosomes XY et les femmes des chromosomes XX ; ceci signifie que les hommes ont un chromosome unique qui détermine le sexe qu'ils ne partagent pas avec les femmes, tandis que les femmes ont deux copies de chromosome qu'elles partagent avec les hommes. Chez les oiseaux, par contre, ce sont les femelles et non les mâles qui possèdent et qui transmettent le chromosome spécifique au sexe¹⁴. De la même façon que le fait d'observer que les manchots empereurs mâles prennent davantage soin de leur descendance que leurs partenaires n'a pas amené les zoologistes à conclure que le membre qui pond l'œuf de l'espèce du manchot empereur était en fait un mâle, la découverte du système ZW de détermination du sexe chez les oiseaux n'a pas amené les généticiens à contester la reconnaissance établie depuis longue date que les poules sont des femelles et les coqs des mâles. La seule variable qui sert de base fondamentale et fiable aux biologistes pour distinguer le sexe des animaux est leur fonction dans la reproduction et non un quelconque autre caractère comportemental ou biologique.

Un autre exemple qui, dans ce cas, semble être uniquement un comportement non spécifique du sexe est le cas de Thomas Beatie, qui a fait la une des médias en tant qu'homme ayant donné naissance à trois enfants entre 2008 et 2010¹⁵. Thomas Beatie est né femme, sous le nom de Tracy Lehuanani LaGondino, et a suivi un processus chirurgical légal de transition de genre pour vivre comme un homme avant de décider d'avoir des enfants. Beatie a pu engendrer des enfants étant donné que les procédures médicales qu'il a subies n'avaient pas prévu le retrait des ovaires ou de l'utérus. L'État d'Arizona a reconnu Thomas Beatie comme étant le père de ses trois enfants, même si, du point de vue biologique, il est leur mère. Contrairement au cas du comportement parental manifestement « féminin » du manchot empereur mâle, la capacité de Beatie d'avoir des enfants ne représente pas une exception à l'incapacité normale des mâles de porter des enfants. Le fait de considérer Beatie comme un homme en dépit de sa nature biologique féminine est une décision personnelle, sociale et légale qui a été prise sans aucun fondement biologique ; aucun facteur biologique ne suggère que Thomas Beatie est un homme.

En biologie, un organisme est mâle ou femelle s'il est structuré pour remplir une des deux fonctions de reproduction. Cette définition n'exige aucune caractéristique ou comportement arbitraire mesurable ou quantifiable ; elle exige de comprendre le système et le processus de reproduction. Différents animaux ont différents systèmes de reproduction, mais la reproduction sexuelle se produit lorsque les cellules sexuelles du mâle et de la femelle de l'espèce se rencontrent pour former des embryons fertilisés. Ce sont ces fonctions reproductives qui fournissent la base conceptuelle de la différenciation des animaux dans les catégories biologiques mâles et femelles. Il n'existe aucune autre classification biologique largement admise pour les sexes.

Ceci étant, cette définition de la catégorie biologique du sexe n'est pas universellement admise. Ainsi, le philosophe et spécialiste en droit Edward Stein maintient que l'infertilité pose un problème crucial pour définir le sexe en termes de fonctions reproductives et écrit que le fait de définir le sexe dans ces termes reviendrait à définir « les hommes infertiles comme des femmes »¹⁶. Sachant qu'un homme infertile ne peut pas remplir la fonction pour laquelle les hommes ont été structurés et qu'une femme infertile ne peut pas remplir la fonction pour

laquelle les femmes ont été structurées, selon ce raisonnement, le fait de définir le sexe en termes de fonctions reproductives ne serait pas approprié car les hommes infertiles seraient classés comme des femmes et les femmes infertiles comme des hommes. Ceci dit, si un système de reproduction spécialement structuré pour servir une fonction reproductive particulière peut être altéré au point de ne pas remplir sa fonction, le système reste clairement structuré pour cette fonction, de sorte que le sexe biologique peut toujours être strictement défini en termes de structure de systèmes de reproduction. On peut faire une observation semblable pour les couples hétérosexuels qui choisissent de ne pas avoir de descendance pour une variété de motifs. En général, les systèmes de reproduction masculins et féminins sont clairement reconnaissables, qu'ils soient ou non utilisés à des fins de reproduction.

L'analogie suivante montre qu'un système peut être reconnu comme ayant un objectif particulier, même si ce système présente une dysfonction qui l'empêche de remplir sa fonction : les yeux sont des organes complexes qui fonctionnent en tant que processeurs de la vue. Il existe cependant de nombreuses conditions affectant l'œil qui peuvent gêner la vision et provoquer la cécité. Les yeux d'un aveugle sont toujours des organes clairement structurés pour la fonction de la vue. Toute déficience menant à la cécité n'affecte pas le rôle de l'œil – pas davantage que le fait de porter un bandeau –, mais uniquement sa fonction. Il en va de même pour le système de reproduction. L'infertilité peut être causée par de nombreux problèmes. Le système de reproduction continue néanmoins d'exister aux fins d'engendrer des enfants.

Il existe cependant des individus qui sont biologiquement « intersexués », dans le sens où leur anatomie sexuelle est ambiguë, en général à cause d'anomalies génétiques. Par exemple, le clitoris et le pénis proviennent des mêmes structures embryonnaires. Un bébé peut avoir un clitoris anormalement grand ou un pénis anormalement petit, ce qui rend difficile la détermination de son sexe biologique bien après la naissance.

Le premier article académique qui a utilisé le terme « genre » semble être l'article paru en 1955 par le professeur de psychiatrie John Money de l'université Johns Hopkins sur le traitement d'enfants « intersexués » (le terme qui était alors utilisé était « hermaphrodites »)¹⁷. Money postulait que l'identité de genre, du moins pour ces enfants, était fluide et qu'elle pourrait être construite. Il estimait que, pour amener un enfant à s'identifier à un genre, il suffisait de construire les organes génitaux propres à un sexe et de créer un environnement approprié à ce sexe pour l'enfant. Le genre choisi pour ces enfants était souvent le genre féminin, une décision qui n'était pas fondée sur la génétique ou sur la biologie, ni sur la croyance que ces enfants étaient de « vraies » filles, mais, en partie sur le fait qu'il était plus facile à l'époque de construire un vagin qu'un pénis.

Le patient le plus connu du Dr Money est David Reimer, un garçon qui n'est pas né avec la condition d'intersexué, mais dont le pénis a été endommagé pendant la circoncision qu'il a subie alors qu'il n'était qu'un nourrisson¹⁸. David a été élevé par ses parents comme une fille, appelée Brenda, et a fait l'objet d'interventions chirurgicales et hormonales afin de s'assurer qu'il développerait des caractères sexuels féminins. Ceci dit, la tentative de cacher au garçon ce qu'il avait vécu n'a pas réussi car il s'auto-identifiait à un garçon. À l'âge de 14 ans, son psychiatre a recommandé à ses parents de lui dire la vérité. David a alors commencé le processus difficile consistant à inverser les interventions chirurgicales et hormonales qu'il avait subies pour féminiser son corps. Tourmenté par ce calvaire de jeunesse, il finira par se suicider en 2004 à l'âge de 38 ans.

David Reimer n'est qu'un exemple du dommage causé par les théories qui affirment que l'identité de genre peut être réassignée de façon sociale et médicale chez les enfants. Dans un article de 2004, William G. Reiner, un urologue pédiatre et psychiatre pour enfants et adolescents, et John P. Gearhart, un professeur d'urologie pédiatrique, ont suivi l'identité sexuelle de 16 mâles génétiques atteints d'exstrophie cloacale, une affection impliquant une

déformation grave de la vessie et des organes génitaux. Sur les 16 sujets, 14 s'étaient vu assigner le sexe féminin à la naissance à travers des interventions chirurgicales afin de construire les organes génitaux féminins et avaient été élevés comme des filles par leurs parents ; 6 de ces 14 sujets ont choisi par la suite de s'identifier à des hommes, tandis que 5 ont continué de s'identifier à des femmes et 2 à se déclarer mâles à un jeune âge, alors qu'ils continuaient d'être élevés comme des filles parce que leurs parents refusaient d'entendre leurs déclarations. Le dernier sujet, qui a appris à l'âge de 12 ans qu'il était né garçon, a refusé de parler d'identité sexuelle¹⁹. Il s'ensuit que l'attribution du sexe féminin n'a persisté que dans 5 des 13 cas dont on possède des résultats.

L'absence de persistance montre que l'attribution du sexe à travers la construction d'organes génitaux à la naissance et moyennant une immersion dans un environnement « approprié au genre » n'est probablement pas une option satisfaisante pour gérer le problème rare de l'ambiguïté génitale issue d'anomalies congénitales. Il est important de signaler que les individus suivis avaient de 9 à 19 ans, et qu'il est donc possible que certains d'entre eux aient changé plus tard leur identité de genre.

Les recherches de Reiner et de Gearhart indiquent que le genre n'est pas arbitraire. Elles suggèrent qu'un mâle (ou une femelle) biologique ne s'identifiera probablement pas au genre opposé après avoir subi une transformation physique et après avoir été plongé dans l'environnement de genre correspondant. La plasticité du genre semble avoir des limites.

En revanche, il est clair que le sexe biologique n'est pas un concept qui peut être réduit ou artificiellement assigné uniquement en fonction du type d'organes génitaux. Les chirurgiens sont de plus en plus capables de construire des organes génitaux, mais ces « ajouts » ne changent pas le sexe biologique des destinataires, qui ne sont pas plus capables de remplir la fonction de reproduction du sexe biologique opposé qu'ils ne l'étaient avant l'opération chirurgicale. Le sexe biologique ne change pas non plus en fonction de l'environnement offert à l'enfant. Aucun effort visant à aider un petit garçon à être considéré, par lui-même et par les autres, comme une petite fille n'en fera une petite fille du point de vue biologique. La définition scientifique du sexe biologique est, pour pratiquement tous les êtres humains, claire, binaire et stable. Elle reflète une réalité biologique sous-jacente qui n'est pas contredite par des exceptions au comportement propre à chaque sexe et qui ne peut pas être modifiée par des interventions chirurgicales ou par un conditionnement social.

Dans un article de 2004 résumant les résultats de la recherche sur les conditions intersexuées, Paul McHugh, l'ancien directeur de psychiatrie de l'hôpital Johns Hopkins (et co-auteur de ce rapport), déclarait :

Nous avons fini par conclure, au département de psychiatrie de l'hôpital Johns Hopkins, que l'identité sexuelle humaine est principalement marquée dans notre constitution par les gènes dont nous héritons et par l'embryogenèse que nous subissons. Les hormones masculines sexualisent le cerveau et l'esprit. La dysphorie du genre – un sentiment d'inquiétude que ressent une personne au sujet de son rôle sexuel – apparaît naturellement chez les rares mâles qui sont élevés comme des filles pour corriger un problème de structure génitale à l'enfance²⁰.

Nous allons aborder à présent les individus transgenres – enfants et adultes – qui choisissent de s'identifier à un genre différent de leur sexe biologique, et nous allons explorer la signification de l'identité de genre dans ce contexte et ce que la littérature scientifique nous apprend au sujet de son développement.

La dysphorie du genre

Si le sexe biologique est, à quelques rares exceptions près, un caractère binaire, clairement défini (masculin *vs* féminin) qui correspond à la façon dont le corps est organisé pour la reproduction, l'*identité de genre* est un attribut plus subjectif. Pour la plupart des gens, l'identité de genre n'est probablement pas une préoccupation importante ; la plupart des mâles biologiques s'identifient à des garçons ou à des hommes, et la plupart des femelles biologiques s'identifient à des filles ou à des femmes. Mais certains individus ressentent une incongruence entre leur sexe biologique et leur identité de genre. Si ce combat les amène à chercher de l'aide professionnelle, le problème est alors qualifié de « dysphorie du genre ».

Certains enfants masculins élevés comme des filles, comme on l'a décrit dans l'étude de 2004 menée par Reiner et ses collègues, ont connu des problèmes d'identité de genre lorsque leur sensation subjective d'être des garçons est entrée en conflit avec le fait d'être identifié et traité comme des filles par leurs parents et par les docteurs. Le sexe biologique des garçons n'était pas remis en question (ils possédaient un génotype XY) et la cause de la dysphorie du genre résidait dans le fait qu'ils étaient génétiquement masculins, qu'ils s'identifiaient à des hommes, mais qu'on leur avait assigné une identité de genre féminine. Ceci laisse entendre que l'identité de genre peut être une question complexe et pénible pour ceux qui choisissent (ou qui ont d'autres personnes qui choisissent pour eux) une identité de genre opposée à leur sexe biologique.

Mais les cas de dysphorie du genre qui font l'objet de la plupart des débats publics sont ceux dans lesquels les individus s'identifient à un genre différent de celui qui se fonde sur leur sexe biologique. Ces personnes sont généralement identifiées et se décrivent elles-mêmes comme « transgenres »*.

D'après la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)* de l'Association américaine de psychiatrie, la dysphorie du genre est marquée par l'« incongruence entre le genre ressenti/exprimé et le genre assigné » ainsi que par la « détresse ou le trouble cliniquement significatif dans la sphère sociale, professionnelle ou dans d'autres aspects importants du fonctionnement »²¹.

Il est important de préciser que la dysphorie du genre n'est pas la même chose que la non-conformité de genre ou le trouble de l'identité sexuelle. La non-conformité de genre s'applique à un individu qui se comporte d'une façon contraire aux normes spécifiques à son sexe biologique. Comme le souligne le *DSM-5*, la plupart des travestis, par exemple, ne sont pas des transgenres, car des hommes qui s'habillent en femmes ne s'identifient normalement pas à des femmes²². (Certaines formes de travestisme peuvent néanmoins être associées à un déclenchement tardif de la dysphorie du genre²³).

Le trouble de l'identité sexuelle, un terme obsolète provenant d'une version antérieure du *DSM* qui a été éliminé dans sa cinquième édition, a été utilisé comme diagnostic psychiatrique. Si nous comparons les critères de diagnostic pour la dysphorie du genre (le terme actuel) et le trouble de l'identité sexuelle (l'ancien terme), nous observons que les deux exigent que le patient ressente « une incongruence marquée entre le genre ressenti/exprimé et le genre

* Une remarque de terminologie : dans ce rapport, nous utilisons en règle générale le terme *transgenre* pour désigner les personnes qui ressentent une incongruence entre l'identité de genre qu'ils estiment posséder et leur sexe biologique. Nous utilisons le terme *transsexuel* pour désigner les individus qui ont subi des interventions médicales dans le but de transformer leur apparence afin qu'elle corresponde mieux à celle de leur genre préféré.

L'« intervention de changement de sexe » visant à transformer l'apparence des individus transgenres est désignée, dans la procédure chirurgicale, sous le nom de « chirurgie de réattribution sexuelle » (ou de « réassignation sexuelle », selon l'expression anglophone).

assigné »²⁴. La principale différence est qu'un diagnostic de dysphorie du genre exige que le patient manifeste en outre une « détresse ou un trouble cliniquement significatif dans la sphère sociale, professionnelle ou dans d'autres aspects du fonctionnement » associés à ce sentiment d'incongruence²⁵. Le principal ensemble de critères de diagnostic utilisés dans la psychiatrie contemporaine ne désigne donc pas les individus transgenres comme des individus souffrant d'un trouble psychiatrique. Ainsi, un mâle biologique qui s'identifie comme une femme n'est pas considéré comme présentant un trouble psychiatrique, à moins que cet individu ne manifeste une détresse psychosociale importante provoquée par l'incongruence. Un diagnostic de dysphorie du genre peut faire partie des critères utilisés pour justifier une intervention de changement de sexe ou d'autres interventions cliniques. Par ailleurs, un patient qui a subi des modifications médicales ou chirurgicales pour exprimer son identité de genre peut continuer de souffrir d'une dysphorie du genre. C'est la nature de la lutte qui définit le trouble et non le fait que le genre exprimé diffère du sexe biologique.

Il n'existe aucune donnée scientifique indiquant que tous les individus transgenres présentent une dysphorie du genre ou qu'ils sont tous en conflit avec leur identité sexuelle. Certaines personnes qui ne sont pas transgenres – c'est-à-dire qui ne s'identifient pas à un genre qui ne correspond pas à leur sexe biologique – peuvent néanmoins être en conflit avec leur identité sexuelle ; par exemple, des filles qui adoptent certains comportements propres aux garçons peuvent présenter différentes formes de détresse sans jamais s'être identifiées à des garçons. Inversement, des individus qui s'identifient à un genre qui ne correspond pas à leur sexe biologique peuvent ne pas présenter de détresse cliniquement significative associée à leur identité de genre. Même si, disons, 40 % seulement des individus qui s'identifient à un genre ne correspondant pas à leur sexe biologique présentaient une détresse significative associée à leur identité de genre, nous nous trouverions en présence d'un problème de santé publique qui obligerait les médecins et autres spécialistes à intervenir pour soutenir les individus souffrant de dysphorie du genre et, espérons-le, pour réduire le taux de dysphorie du genre dans la population. Ceci dit, il n'existe aucune donnée suggérant que les 60 % restants dans cette hypothèse – c'est-à-dire les individus qui s'identifient à un genre qui ne correspond pas à leur sexe biologique, mais qui ne présentent pas de trouble significatif – devraient recevoir un traitement clinique.

Le concept formulé par le *DSM* d'une « sensation » subjective d'un genre non-conforme au sexe biologique peut exiger une analyse plus critique et d'éventuelles modifications. La définition exacte de la dysphorie du genre, bien que nourrie de bonnes intentions, est assez vague et prête à confusion. Elle ne tient pas compte des individus qui s'identifient comme transgenres, mais qui ne présentent pas de dysphorie associée à leur identité de genre, et qui nécessitent des soins psychiatriques pour traiter des troubles fonctionnels dus à des problèmes non associés à leur identité de genre tels que l'anxiété ou la dépression. Ces individus peuvent être étiquetés à tort comme souffrant d'une dysphorie du genre simplement parce qu'ils souhaitent être identifiés comme des membres du genre opposé, alors qu'en réalité ils ont résolu subjectivement cette incongruence et qu'ils peuvent être déprimés pour des raisons qui n'ont aucun rapport avec leur identité de genre.

Les critères du *DSM-5* pour diagnostiquer la dysphorie du genre chez les enfants sont définis « d'une façon plus concrète, plus comportementale que ceux qui sont utilisés pour les adolescents et les adultes »²⁶. Autrement dit, une partie des critères de diagnostic de la dysphorie du genre chez les enfants renvoie à des comportements qui sont typiquement associés au genre opposé. L'existence d'une détresse cliniquement significative reste nécessaire pour diagnostiquer une dysphorie du genre chez des enfants, mais d'autres critères de diagnostic incluent, par exemple, une « forte préférence pour des jouets, pour des jeux ou pour des activités qui sont typiquement utilisés ou pratiqués par l'autre genre »²⁷. Qu'advient-il des filles

qui sont des garçons manqués ou des garçons qui ne sont pas orientés vers la violence et vers les pistolets et qui préfèrent jouer à des jeux plus tranquilles ? Est-ce que leurs parents doivent s'inquiéter en pensant que leur fille manquée est en réalité un garçon emprisonné dans un corps de fille ? Il n'existe aucune base scientifique qui permette de croire que le fait de jouer avec des jouets typiques de garçon définit un enfant comme étant un garçon ou que le fait de jouer avec des jouets typiques de filles définit un enfant comme étant une fille. Le critère utilisé par le *DSM-5* pour diagnostiquer la dysphorie du genre en fonction des jouets spécifiques au sexe n'est pas fondé ; il semble ignorer le fait qu'un enfant pourrait afficher un genre *exprimé* – manifesté par des caractères sociaux ou comportementaux – non conforme à son sexe biologique, mais sans *s'identifier* au genre opposé. En outre, même pour les enfants qui s'identifient à un genre opposé à leur sexe biologique, les diagnostics de la dysphorie du genre sont tout simplement peu fiables. En réalité, ils peuvent avoir des difficultés psychologiques à accepter que leur sexe biologique correspond à leur genre. Les enfants peuvent avoir des difficultés quant aux attentes qui sont associées à ces rôles du genre. Des expériences traumatiques peuvent également inciter un enfant à exprimer sa détresse par rapport au genre associé à son sexe biologique.

Les problèmes d'identité de genre peuvent également survenir des conditions intersexuées (la présence d'organes génitaux ambigus dus à des anomalies génétiques), que nous avons commentées plus haut. Même s'ils sont rares, ces troubles du développement sexuel peuvent, dans certains cas, contribuer à la dysphorie du genre²⁸. Ces conditions comprennent notamment le syndrome d'insensibilité totale aux androgènes dans lequel les individus possédant des chromosomes XY (mâles) n'ont pas de récepteurs d'hormones sexuelles masculines, ce qui les amène à développer des caractères sexuels secondaires féminins plutôt que masculins (bien qu'ils n'aient ni ovaires, ni menstruations et qu'ils soient par conséquent stériles)²⁹. Un autre trouble hormonal du développement sexuel qui peut amener des individus à se développer d'une façon qui n'est pas typique de leur sexe génétique est l'hyperplasie congénitale des surrénales, une affection qui peut masculiniser des fœtus XX (féminins)³⁰. D'autres phénomènes rares tels que le mosaïcisme³¹ ou le chimérisme³² génétique, dans lesquels certaines cellules du corps d'un individu contiennent des chromosomes XX et d'autres contiennent des chromosomes XY, peuvent provoquer une ambiguïté considérable dans les caractères sexuels allant jusqu'à la possession de gonades et d'organes sexuels aussi bien masculins que féminins.

Tandis qu'il existe de nombreux cas de dysphorie du genre qui ne sont pas associés à ces conditions intersexuées identifiables, la dysphorie du genre peut encore représenter un type différent de condition intersexuée dans lequel les caractères sexuels primaires tels que les organes génitaux se développent normalement, tandis que les caractères sexuels secondaires associés au cerveau se développent conformément au sexe opposé. Les influences qui déterminent la nature des différences sexuelles neurologiques, psychologiques et comportementales font l'objet de controverses. Le consensus qui se dégage est qu'il peut exister des différences dans les modèles de développement neurologique *in et ex utero* chez les hommes et chez les femmes³³. Il s'ensuit, en théorie, que les individus transgenres pourraient être exposés à des conditions qui permettraient le développement d'un cerveau de type plus féminin chez un mâle génétique (avec des modèles chromosomiques XY) et vice-versa. Ceci dit, comme nous le verrons dans la section suivante, les recherches soutenant cette idée sont très limitées.

Nous pouvons formuler une série de questions importantes afin d'analyser les recherches biologiques et de sciences sociales qui sont menées sur la dysphorie du genre. Existe-t-il des facteurs biologiques qui influencent le développement d'une identité de genre ne correspondant pas au sexe biologique d'un individu ? Est-ce que certains individus sont nés avec une identité de genre différente de leur sexe biologique ? L'identité de genre est-elle

façonnée par des conditions environnementales ou favorables ? A quel point les choix d'identité de genre sont-ils stables ? La dysphorie du genre est-elle fréquente ? Persiste-t-elle au cours de la vie ? Est-ce qu'un petit garçon qui pense être une fille peut changer au cours de sa vie et finir par se considérer un homme ? Si c'est le cas, avec quelle fréquence ces personnes changent-elles leur identité de genre ? Comment peut-on mesurer scientifiquement l'identité de genre d'un individu ? La connaissance de soi est-elle suffisante ? Est-ce qu'une petite fille biologique devient un garçon en genre si elle croit ou, du moins, affirme qu'elle est un petit garçon ? Est-ce que la lutte que mènent des individus contre le sentiment d'incongruence entre leur identité de genre et leur sexe biologique persiste tout au long de leur vie ? Est-ce que la dysphorie du genre réagit aux interventions psychiatriques ? Est-ce que ces interventions doivent se centrer sur l'affirmation de l'identité de genre du patient ou adopter une position plus neutre ? Est-ce que les efforts mis en œuvre pour modifier par voie hormonale ou chirurgicale les caractères sexuels primaires ou secondaires d'un individu contribuent à résoudre la dysphorie du genre ? Est-ce que la modification cause d'autres problèmes psychiatriques chez certains patients ayant reçu un diagnostic de dysphorie du genre ou résout-elle d'habitude les problèmes psychiatriques existants ? Nous allons évoquer certaines de ces questions cruciales dans les sections suivantes.

Le genre et la physiologie

Robert Sapolsky, un professeur de biologie de Stanford qui a mené de longues recherches en imagerie cérébrale, a proposé une explication neurobiologique de l'identification sexuelle inversée dans un article publié en 2013 dans le *Wall Street Journal*, « Caught Between Male and Female ». Il y affirme que les études récentes d'imagerie de cerveaux d'adultes transgenres suggèrent qu'ils pourraient posséder des structures cérébrales plus semblables à leur identité de genre qu'à leur sexe biologique³⁴. Sapolsky fonde cette affirmation sur le fait qu'il existe des différences entre les cerveaux masculins et féminins, et que, même si ces différences sont « petites et variables », elles « contribuent probablement aux différences sexuelles existant en matière d'apprentissage, d'émotion et de socialisation »³⁵. Il conclut en soutenant que « la question n'est pas que des individus pensent parfois appartenir à un genre différent de celui qu'ils possèdent réellement. Mais, au contraire, que des individus naissent parfois dans des corps dont le genre est différent de celui qu'ils possèdent réellement »³⁶. En d'autres mots, il affirme que certaines personnes peuvent avoir un cerveau de type féminin dans un corps mâle ou vice-versa.

Si ce type de théorie neurobiologique de l'identification sexuelle inversée reste en marge de la position scientifique dominante, elle a néanmoins attiré l'attention des scientifiques et de la population. Elle fournit une explication potentiellement attrayante de l'identification sexuelle inversée, en particulier pour les individus qui ne sont affectés par aucune anomalie génétique, hormonale ou psychosociale connue³⁷. Ceci dit, bien que Sapolsky puisse avoir raison, on trouve très peu de données dans la littérature scientifique qui soutiennent son affirmation. Son explication neurologique des différences entre les cerveaux masculin et féminin, et de la pertinence éventuelle de ces différences dans l'identification sexuelle inversée mérite des recherches scientifiques approfondies.

Il existe de nombreuses petites études qui essaient de définir les facteurs de causalité de l'expérience d'incongruence entre le sexe biologique et le genre ressenti. Ces études sont décrites dans les pages qui suivent et soulignent chacune une influence qui peut contribuer à expliquer l'identification sexuelle inversée

Nancy Segal, une psychologue et généticienne, a examiné deux études de cas de vrais jumeaux présentant un modèle discordant de transsexualisme femme-homme (FtM)³⁸. Segal a observé que, d'après une étude antérieure dans le cadre de laquelle des entretiens cliniques avaient été réalisés auprès de 45 transsexuels FtM, 60 % avaient subi une forme ou une autre

d'abus pendant leur enfance, parmi lesquels 31 % d'abus sexuels, 29 % d'abus émotionnels et 38 % d'abus physiques³⁹. Cependant, cette étude n'avait pas inclus de groupe témoin et était limitée par sa petite taille, ce qui rendait difficile l'extraction d'interactions significatives ou de généralisations à partir de ces données.

La première étude de cas de Segal était une jumelle FtM de 34 ans dont la vraie sœur jumelle était mariée et mère de sept enfants⁴⁰. Plusieurs situations de stress s'étaient produites pendant la grossesse de la mère des jumelles, qui sont nées cinq semaines à l'avance. Elles avaient huit ans lorsque leurs parents ont divorcé. La jumelle FtM a manifesté très tôt un comportement non-conforme dans le genre qui a persisté pendant toute son enfance. Elle a commencé à être attirée par d'autres filles au début du secondaire et a essayé plusieurs fois de se suicider à l'adolescence. Elle a déclaré avoir été victime d'abus physiques et émotionnels de la part de sa mère. Les jumelles ont été éduquées dans une famille mormone où la transsexualité n'était pas tolérée⁴¹. La sœur jumelle n'avait jamais remis en cause son identité de genre, mais a souffert de dépression. Pour Segal, la non-conformité dans le genre de la jumelle FtM et les abus subis pendant l'enfance sont des facteurs qui ont contribué à la dysphorie du genre ; l'autre jumelle n'a pas été soumise aux mêmes facteurs de stress pendant son enfance et n'a pas connu de problèmes d'identité de genre. La seconde étude de cas de Segal concernait également des jumelles identiques dont l'une était en processus de transition femme vers homme⁴². Cette jumelle FtM a manifesté très tôt des comportements non-conformes et a essayé de se suicider au début de l'âge adulte. À 29 ans, elle a subi une intervention de changement de sexe et était bien soutenue par sa famille ; puis elle a rencontré une femme et s'est mariée. Comme dans le premier cas, l'autre jumelle déclarait avoir toujours été sûre de son identité de genre féminine.

D'après les spéculations de Segal, chaque paire de jumelles peut avoir été soumise à des expositions prénatales aux androgènes inégales (bien que son étude n'apporte aucune preuve étayant cette affirmation)⁴³ et elle conclut qu'« il est peu probable que le transsexualisme soit associé à un gène majeur, mais il est probablement associé à de nombreuses influences génétiques, épigénétiques, développementales et expérientielles »⁴⁴. Segal critique l'idée que l'abus maternel subi par la jumelle FtM recueilli dans sa première étude de cas puisse avoir joué un rôle causal dans « l'identification de genre atypique » de la jumelle, dans la mesure où l'abus semble « avoir suivi » l'apparition des comportements de genre atypique de la jumelle. Néanmoins, Segal reconnaît qu'« il est possible que cet abus ait renforcé une identification de genre qui était déjà atypique »⁴⁵. En dépit de leur valeur informative, ces études de cas ne sont pas solides du point de vue scientifique et n'apportent aucune preuve directe attestant une hypothèse causale concernant les origines de l'identification de genre atypique.

Une analyse de cas réalisée par les psychiatres de la clinique Mayo, J. Michael Bostwick et Kari A. Martin, sur un individu intersexué né avec des organes génitaux ambigus, qui a été opéré et élevé comme une fille, apporte davantage d'informations, même si elle ne permet pas non plus d'établir d'inférences causales directes⁴⁶. Soucieux d'établir un contexte, les auteurs font la distinction entre le trouble de l'identité de genre (une « incohérence entre l'identité de genre perçue et le sexe phénotypique » qui implique généralement « une anomalie neuroendocrinologique non perceptible »⁴⁷) et l'intersexualité (une condition dans laquelle sont présents des caractères biologiques des deux sexes). Ils proposent également un résumé et un système de classification des différents types de troubles de l'intersexualité. Après avoir examiné en profondeur les différents problèmes de développement chez les individus intersexués susceptibles de provoquer une dissociation entre le cerveau et le corps, les auteurs reconnaissent que « certains patients adultes atteints d'une grave dysphorie – les transsexuels – ne présentent pas d'antécédents et n'apportent pas de données objectives attestant une cause biologique connue de cette dissociation cerveau-corps »⁴⁸. Ces patients doivent recevoir des soins médicaux et psychiatriques afin d'éviter la dysphorie du genre.

Après ce résumé utile, les auteurs affirment que « les critères actuellement les plus fiables pour définir la véritable identité de genre sont, d'une part, l'absence de psychose ou de pathologie caractérielle grave et, d'autre part, les affirmations subjectives du patient »⁴⁹. Mais nous ne voyons pas comment nous pourrions considérer que les affirmations subjectives sont plus fiables pour établir l'identité de genre, à moins que l'identité de genre ne soit définie comme un phénomène tout à fait subjectif. Une grande partie de l'article est consacrée à la description des différentes façons, objectivement discernables et identifiables, dont l'identité masculine et féminine est imprimée dans les systèmes nerveux et endocrinien. Même lorsque le développement des organes génitaux externes ne suit pas son cours normal, les individus sont plus susceptibles d'agir en fonction de leur constitution chromosomique et hormonale⁵⁰.

En 2011, Giuseppina Rametti et des collègues de différents centres de recherche en Espagne ont utilisé l'IRM pour étudier les structures cérébrales de 18 transsexuels FtM qui ont manifesté très tôt une non-conformité dans le genre et qui ont ressenti une attirance sexuelle pour les femmes avant de recevoir un traitement aux hormones⁵¹. L'objectif était de déterminer si leurs caractéristiques cérébrales correspondaient davantage à leur sexe biologique ou à leur sentiment d'identité de genre. Le groupe témoin était constitué de 24 hétérosexuels masculins et de 19 hétérosexuels féminins dont les identités de genre étaient conformes à leur sexe biologique. On a observé des différences dans la microstructure de substance blanche de zones spécifiques du cerveau. Chez les transsexuels FtM non traités, cette structure était plus semblable à celle des hétérosexuels masculins qu'à celle des hétérosexuels féminins dans trois ou quatre zones du cerveau⁵². Dans une étude complémentaire, Rametti et ses collègues ont comparé 18 transsexuels MtF à un groupe témoin de 19 hétérosexuels féminins et de 19 hétérosexuels masculins⁵³. Ces transsexuels MtF affichaient des valeurs moyennes de tractus de substance blanche dans plusieurs zones du cerveau qui se situaient entre les moyennes des hommes témoins et celles des femmes témoins. Ceci dit, les valeurs étaient généralement plus proches de celles des hommes (c'est-à-dire de ceux qui avaient le même sexe biologique) que de celles des femmes dans la plupart des zones⁵⁴. Dans les groupes témoins, les auteurs ont observé, comme prévu, que les hommes avaient de plus grandes quantités de matière grise et blanche et de plus gros volumes de liquide céphalo-rachidien que les femmes témoins. Les volumes cérébraux des transsexuels MtF étaient tous semblables à ceux des hommes témoins et significativement différents de ceux des femmes⁵⁵.

Dans l'ensemble, les conclusions de ces études menées par Rametti et ses collègues ne soutiennent pas suffisamment l'idée que les individus transgenres ont des cerveaux plus semblables à leur genre préféré qu'au genre qui correspond à leur sexe biologique. Les deux études sont limitées par les petites tailles des échantillons et n'offrent pas d'hypothèse prospective : elles ont toutes les deux analysé des données d'IRM pour détecter des différences de genre, puis ont cherché à savoir à quoi correspondent ces données issues des transgenres.

Tandis que ces deux études d'IRM ont examiné la *structure* du cerveau, une étude d'IRM fonctionnelle réalisée par Emiliano Santarnecchi et ses collègues de l'Université de Sienne et de l'Université de Florence portant sur la *fonction* cérébrale a examiné les différences associées au genre dans l'activité cérébrale spontanée observée pendant l'état de repos⁵⁶. Les chercheurs ont comparé un individu FtM célibataire (ayant une attirance pour le sexe opposé depuis son enfance) et des groupes témoins de 25 hommes et de 25 femmes en ce qui concerne l'activité cérébrale spontanée. L'individu FtM a démontré un « profil d'activité cérébrale plus proche de son sexe biologique que du genre désiré » et les auteurs ont conclu, en partie à partir de ces résultats, que « les transsexuels FtM non traités montrent un profil de connectivité fonctionnelle comparable à celui des femmes témoins »⁵⁷. Avec un échantillon limité à un seul individu, le poids statistique de cette étude est pratiquement nul.

En 2013, Hsaio-Lun Ku et ses collègues de différents centres médicaux et instituts de recherche à Taïwan ont également mené des études d'imagerie fonctionnelle du cerveau. Ils ont comparé l'activité cérébrale de 41 transsexuels (21 FtM et 20 MtF) et de 38 hétérosexuels témoins appariés (19 hommes et 19 femmes)⁵⁸. La réponse d'excitation de chaque cohorte pendant la vision de films neutres par comparaison à des films érotiques a été comparée entre les groupes. Tous les transsexuels considérés dans l'étude ont déclaré ressentir des attirances sexuelles pour les membres de leur sexe natal (biologique) et ont manifesté une plus grande excitation sexuelle que les hétérosexuels témoins en regardant des films érotiques qui représentaient une activité sexuelle entre des sujets appartenant à leur sexe biologique. Dans cette étude, les participants ont également été interrogés sur leur « propre moi » ; les chercheurs leur ont demandé « d'évaluer dans quelle mesure vous vous identifiez à l'homme ou à la femme dans le film »⁵⁹. Les transsexuels de cette étude s'identifiaient davantage aux individus de leur genre préféré que ne le faisaient les témoins à leur genre biologique, à la fois dans les films érotiques et dans les films neutres. Les hétérosexuels témoins ne s'identifiaient ni aux hommes ni aux femmes dans aucun des deux films. Ku et ses collègues affirment avoir démontré des modèles cérébraux caractéristiques de l'attraction sexuelle qui seraient associés au sexe biologique, mais n'ont pas fait de comparaisons neurologiques genre-identité pertinentes entre ces trois cohortes. En outre, ils ont rapporté des données selon lesquelles les transsexuels ont manifesté des styles défensifs d'inadaptation psychosociale.

Une étude réalisée en 2008 par Hans Berglund et ses collègues de l'Institut Karolinska de Suède et du Stockholm Brain Institute a utilisé des examens TEP et IRMf pour comparer les modèles d'activation de zones du cerveau chez 12 individus transgenres MtF qui ressentaient une attirance sexuelle pour les femmes avec ceux de 12 femmes hétérosexuelles et de 12 hommes hétérosexuels⁶⁰. La première série de sujets n'avait pas reçu d'hormones ni subi d'interventions de changement de sexe. L'expérience consistait à les faire sentir des stéroïdes odorants considérés comme étant des phéromones féminines et d'autres odeurs sexuellement neutres telles que de l'huile de lavande, de l'huile de cèdre, de l'eugénol, du butanol et de l'air inodore. Les résultats étaient partagés et mélangés entre les groupes pour les différentes odeurs, ce qui n'est pas étonnant car les analyses *post hoc* aboutissent généralement à des conclusions contradictoires.

En résumé, les études présentées ci-dessus apportent des données non concluantes et des constatations mitigées au sujet des cerveaux des adultes transgenres. Dans ces études, les modèles d'activation du cerveau ne fournissent pas de preuve suffisante pour tirer des conclusions solides sur l'existence éventuelle d'associations entre l'activation du cerveau et l'identité ou l'attraction sexuelle. Les résultats sont contradictoires et prêtent à confusion. Comme les données de Ku et de ses collègues sur les modèles d'activation du cerveau ne sont pas universellement associées à un sexe particulier, il est difficile de déterminer si, et dans quelle mesure, les constatations neurobiologiques apportent des informations pertinentes sur l'identité de genre. Il est important de signaler que, indépendamment de leurs résultats, les études de ce type ne peuvent venir à l'appui de la conclusion selon laquelle les individus s'identifieraient à un genre qui ne correspond pas à leur sexe biologique à cause d'une condition innée (biologique) du cerveau.

La question ne consiste pas simplement à savoir s'il existe des différences entre les cerveaux d'individus transgenres et de personnes qui s'identifient au genre correspondant à leur sexe biologique, mais si l'identité de genre est aussi un caractère fixe, inné et biologique, même si elle ne correspond pas au sexe biologique, ou si des causes environnementales ou psychologiques contribuent au développement d'un sentiment d'identité de genre dans ces cas. Les différences neurologiques observées chez les adultes transgenres pourraient être la conséquence de facteurs biologiques, tels que les gènes ou l'exposition prénatale aux hormones,

ou de facteurs psychologiques ou environnementaux, tels que les abus subis pendant l'enfance, ou le résultat d'une combinaison des deux. Il n'existe pas d'étude séquentielle, longitudinale ou prospective qui analyse les cerveaux d'enfants se déclarant transgenres qui grandissent et qui deviennent des adultes transgenres. L'absence de ce type de recherche limite considérablement notre capacité à comprendre les relations causales entre la morphologie du cerveau, ou l'activité fonctionnelle, et le développement ultérieur d'une identité de genre différente du sexe biologique.

De façon plus générale, les psychiatres et les neuroscientifiques qui mènent des recherches sur l'imagerie cérébrale reconnaissent aisément que *n'importe quelle* étude de neuro-imagerie qui associe simplement un caractère particulier, tel qu'un certain comportement, à une morphologie cérébrale particulière présente des limites méthodologiques intrinsèques et incontournables⁶¹. (Et lorsque le caractère en question n'est pas un comportement concret, mais quelque chose d'aussi insaisissable et vague que l'« identité de genre », ces problèmes méthodologiques s'accroissent encore davantage). Ces études ne peuvent ni fournir de preuve statistique ni démontrer l'existence d'un mécanisme biologique plausible qui soit suffisamment solide pour soutenir la thèse de *relations de causalité* entre une caractéristique cérébrale et le caractère, le comportement ou le symptôme en question. Pour étayer une conclusion en termes de causalité, ne fût-ce qu'épidémiologique, nous devrions réaliser des études longitudinales prospectives d'un ensemble fixe d'individus tout au long de leur développement sexuel, voire de leur vie.

Des études de ce type utiliseraient une série d'images du cerveau à la naissance, pendant l'enfance et à d'autres moments du continuum de développement afin de déterminer si les constatations de morphologie cérébrale étaient présentes depuis le début. Faute de quoi, nous ne pouvons pas évaluer si certaines caractéristiques du cerveau ont provoqué un caractère ou si ce caractère est inné et peut-être fixe. Les études du type de celles que nous avons analysées plus haut sur des individus qui manifestent déjà le caractère sont incapables de faire la distinction entre les *causes* et les *conséquences* de ce caractère. Dans la plupart des cas, les individus transgenres ont agi et pensé pendant des années d'une façon qui, à travers un comportement acquis et une neuroplasticité associée, peut avoir provoqué des changements au niveau du cerveau susceptibles de les différencier des autres individus de leur sexe biologique ou natal. La seule manière définitive d'établir une causalité épidémiologique entre une caractéristique cérébrale et un caractère (en particulier lorsqu'il est aussi complexe que l'identité de genre) est de mener des études de population prospectives et longitudinales, de préférence sur des individus échantillonnés de façon aléatoire.

Faute d'études prospectives longitudinales de ce type, les vastes échantillons de population représentatifs – assortis de groupes témoins statistiques appropriés qui sont utilisés pour contrôler les facteurs de confusion – peuvent nous aider à affiner les causes éventuelles d'un caractère comportemental et, partant, à augmenter la probabilité d'identifier une cause neurologique⁶². Ceci dit, les études menées jusqu'à ce jour ne sont pas vraiment utiles pour affiner les options en termes de causalité car elles utilisent de petits échantillons de commodité. Pour obtenir un échantillon de meilleure qualité, il faudrait inclure l'imagerie cérébrale dans des études épidémiologiques à grande échelle. De fait, compte tenu du faible nombre d'individus transgenres dans la population générale⁶³, ces études devraient être extrêmement vastes pour obtenir des résultats ayant un poids statistique.

En outre, si une étude détectait des différences significatives entre ces groupes – c'est-à-dire un nombre de différences plus élevé que ce qu'on obtiendrait par hasard –, ces différences s'appliqueraient à la moyenne dans une population de chaque groupe. Même si ces deux *groupes* différaient de façon significative pour l'ensemble des 100 mesures, ceci n'indiquerait pas nécessairement une différence biologique entre les *individus* aux extrémités de la distribution.

Autrement dit, un individu transgenre choisi au hasard et un individu non-transgenre choisi au hasard pourraient ne pas présenter de différence sur aucune de ces 100 mesures. D'autre part, comme la probabilité qu'une personne choisie au hasard dans la population générale soit transgenre est assez faible, les différences statistiquement significatives observées dans les valeurs moyennes de l'échantillon ne sont pas suffisantes pour conclure qu'une mesure particulière puisse déterminer si cette personne est transgenre ou non. Si nous mesurons le cerveau d'un nourrisson, d'un jeune enfant ou d'un adolescent, et que nous découvrons que cet individu est plus proche d'une cohorte que d'une autre sur ces mesures, ceci n'implique pas que cet individu s'identifiera plus tard à un membre de cette cohorte. Il peut être utile d'avoir présent à l'esprit cette mise en garde lorsqu'on interprète des recherches sur des individus transgenres.

Dans ce contexte, il est important de signaler qu'aucune étude n'a pu démontrer que l'une ou l'autre des différences biologiques examinées posséderait un pouvoir prédictif. Autrement dit, toutes les interprétations, généralement émises dans des médias populaires, qui affirment ou qui laissent entendre qu'une différence statistiquement significative entre les cerveaux de personnes transgenres et de celles qui ne le sont pas expliquerait qu'une personne est transgenre ou non – c'est-à-dire que les différences biologiques détermineraient les différences d'identité de genre – n'ont aucun fondement.

En résumé, les études menées actuellement sur les associations entre la structure du cerveau et l'identité transgenre sont brèves, méthodologiquement limitées, non concluantes et parfois contradictoires. Même si elles étaient plus fiables du point de vue méthodologique, elles seraient insuffisantes pour démontrer que la structure cérébrale est une cause, plutôt qu'une conséquence, du comportement associé à une identité de genre. Elles n'auraient pas non plus de pouvoir prédictif – principal défi de toute théorie scientifique.

Prenons un exemple pour illustrer cette question et imaginons que nous ayons 100 personnes dans une salle. Deux d'entre elles sont transgenres et toutes les autres ne le sont pas. Je choisis une personne au hasard et je vous demande de deviner son identité de genre. Si vous savez que 98 des 100 individus ne sont pas transgenres, le plus sûr serait de dire que l'individu n'est pas transgenre car la réponse sera correcte dans 98 % des cas. Supposons maintenant que vous ayez la possibilité de poser des questions sur la neurobiologie et sur le sexe natal de cette personne. La connaissance de la biologie n'aidera à prédire que l'individu est transgenre que si elle améliore la supposition de départ selon laquelle cette personne n'est pas transgenre. Ainsi, si le fait de connaître une caractéristique du cerveau de l'individu n'améliore pas la capacité à prédire le groupe auquel le patient appartient, le fait que les deux groupes diffèrent de la valeur moyenne n'a pratiquement aucune importance. Il est très difficile d'améliorer la prédiction originale d'un caractère rare, tel que le fait d'être transgenre, car la probabilité que cette prédiction soit correcte est déjà très élevée. S'il y avait réellement une nette différence entre le cerveau d'un individu transgenre et celui d'un individu non-transgenre, comme dans le cas des différences biologiques entre les sexes, il serait relativement facile d'améliorer la supposition de départ. Contrairement aux différences entre les sexes, il n'existe en l'occurrence aucune caractéristique biologique capable d'identifier de façon fiable des individus transgenres comme étant différents des autres.

Le consensus scientifique soutient de façon écrasante la thèse selon laquelle un garçon ou une fille possédant un développement et une constitution physique normale est en fait ce qu'il ou elle était à la naissance. Les données apportées par l'imagerie cérébrale et la génétique ne démontrent pas que le développement d'une identité de genre différente du sexe biologique soit inné. Comme les scientifiques n'ont pas établi de cadre solide permettant de comprendre les causes de l'identification sexuelle inversée, les recherches en cours devraient examiner les causes psychologiques et sociales ainsi que les causes biologiques.

L'identité transgenre chez les enfants

En 2012, le *Washington Post* a publié une histoire écrite par Petula Dvorak, « Transgender at five »⁶⁴, sur une petite fille qui avait commencé à insister, à l'âge de 2 ans, qu'elle était un garçon. L'histoire raconte comment sa mère a interprété son comportement : « Le cerveau de sa petite fille était différent. Jean [sa mère] s'en était rendu compte. Elle avait entendu parler des individus transgenres, ceux qui ont un genre physique et un autre dans la tête ». L'histoire raconte l'angoisse de la mère lorsqu'elle s'est mise à faire des recherches sur les problèmes d'identité de genre chez les enfants et qu'elle a compris les expériences vécues par d'autres parents :

Beaucoup de parents ont évoqué leur pénible décision d'autoriser leurs enfants à faire ouvertement la transition vers le genre opposé, un processus beaucoup plus dur pour les garçons qui voulaient être des filles. Jean était rassurée en entendant certains commentaires : les parents qui avaient franchi le pas disaient que les problèmes de comportement de leurs enfants avaient largement disparu, que leur rendement scolaire s'était amélioré et que leurs enfants avaient retrouvé le sourire. Mais elle a été effrayée en apprenant que des enfants prenaient des bloqueurs de puberté à l'école primaire et que des adolescents s'embarquaient dans des thérapies hormonales avant même d'avoir terminé le secondaire⁶⁵.

L'histoire continue et décrit comment la sœur, Moyin, de l'enfant transgenre Tyler (autrefois Kathryn) justifie l'identité de sa sœur :

La sœur de Tyler, qui a 8 ans, était beaucoup plus naturelle en décrivant sa sœur transgenre. « C'est simplement un esprit de garçon dans un corps de fille », expliquait tout naturellement Moyin à ses camarades de deuxième année de son école privée. Cette même école autorisera d'ailleurs Tyler à commencer l'école maternelle comme un garçon, sans aucune mention du nom de Kathryn⁶⁶.

Les commentaires de la sœur de l'enfant résument la notion populairement admise de l'identité de genre : les individus transgenres, ou les enfants qui remplissent les critères diagnostiques de la dysphorie du genre, sont simplement « un esprit de garçon dans un corps de fille » ou vice-versa. Cette vision implique que l'identité de genre est une caractéristique persistante et innée de la psychologie humaine, et qu'elle a inspiré une approche d'affirmation du genre des enfants qui éprouvent des problèmes d'identité de genre à un âge précoce.

Comme nous l'avons vu plus haut dans l'aperçu des recherches neurobiologiques et génétiques sur les origines de l'identité de genre, il existe peu de données attestant que le phénomène de l'identité transgenre possède une base biologique. De même, peu d'éléments indiquent que les questions d'identité de genre ont un taux élevé de persistance chez les enfants. D'après le *DSM-5*, « chez les mâles de naissance [biologiques], la persistance [de la dysphorie du genre] s'étend de 2,2 % à 30 %. Chez les femelles (filles ?) de naissance, la persistance s'étend de 12 % à 50 % »⁶⁷. Les données scientifiques sur la persistance de la dysphorie du genre restent rares à cause de la très faible prévalence de ce trouble dans la population générale, mais la gamme étendue de résultats obtenus dans la littérature laisse entendre que nous sommes loin de connaître les raisons pour lesquelles la dysphorie du genre persiste ou disparaît chez les enfants. Comme l'indique ensuite le commentaire du *DSM-5*, « on ignore si les enfants qui ont été « encouragés » ou soutenus dans leur décision de vivre socialement dans le genre désiré auront une persistance plus élevée, étant donné que ces enfants n'ont pas encore fait l'objet d'un

suivi longitudinal systématique »⁶⁸. Il existe un besoin évident de recherches complémentaires dans ces domaines ; quant aux parents et aux thérapeutes, ils doivent admettre l'énorme incertitude qui plane sur l'interprétation du comportement de ces enfants.

Les interventions thérapeutiques chez les enfants

L'incertitude qui pèse sur le diagnostic et sur le pronostic de la dysphorie du genre chez les enfants rend les décisions thérapeutiques particulièrement difficiles et complexes. Dans le cas des enfants, ces interventions doivent tenir compte de la probabilité qu'ils perdent leur identification sexuelle inversée. Kenneth Zucker, thérapeute et chercheur à l'Université de Toronto, considère que la dynamique exercée par la famille et les pairs peut jouer un rôle important dans le développement et dans la persistance d'un comportement non-conforme dans le genre, et écrit ce qui suit :

Il est important de considérer à la fois les facteurs prédisposants et les facteurs perpétuants qui peuvent orienter une formulation clinique et le développement d'un plan thérapeutique : le rôle du tempérament, le renforcement parental du comportement sexuel inversé pendant la période sensible de formation de l'identité de genre, la dynamique familiale, la psychopathologie parentale, les relations avec les pairs et les nombreuses significations qui pourraient expliquer le fantasme de l'enfant d'appartenir au sexe opposé⁶⁹.

Zucker a travaillé pendant des années avec des enfants qui ressentaient un sentiment d'incongruence du genre, auxquels il a proposé des traitements psychosociaux pour les aider à adopter le genre correspondant à leur sexe biologique. Ces traitements comprenaient une thérapie par la parole, des rendez-vous de jeux pris par les parents avec des pairs du même sexe ou une thérapie visant à traiter des problèmes psychopathologiques concomitants tels que le trouble du spectre autistique et l'assistance aux parents⁷⁰.

Une étude de suivi réalisée par Zucker et ses collègues sur des enfants qu'ils avaient traités pendant une période de trente ans au Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto a montré que le trouble de l'identité sexuelle avait persisté uniquement chez 3 des 25 filles qu'ils avaient suivies⁷¹. (La clinique de Zucker a été fermée en 2015 par le gouvernement canadien⁷²).

L'approche de Zucker a donné lieu à une autre option qui met en avant l'affirmation de l'identité de genre préférée de l'enfant et qui est beaucoup mieux acceptée parmi les thérapeutes⁷³. Cette approche consiste à aider les enfants à s'auto-identifier encore davantage à l'étiquette de genre qu'ils préfèrent à un moment donné. Cette approche d'affirmation du genre consiste notamment à utiliser des traitements hormonaux pour adolescents afin de retarder l'apparition des caractères sexuels à la puberté et de soulager les sensations de dysphorie que les adolescents ressentent lorsque leur corps développe des caractères sexuels qui sont en désaccord avec le genre auquel ils s'identifient. Il existe relativement peu de données attestant la valeur thérapeutique de ce type de traitements retardant la puberté, mais ils font actuellement l'objet d'importantes études cliniques parrainées par l'Institut national de la santé⁷⁴.

Tandis que les données épidémiologiques sur les résultats de la puberté retardée par voie médicale sont assez limitées, les assignations de traitements hormonaux et d'interventions chirurgicales de changement de sexe semblent être en hausse et on constate que de nombreuses voix recommandent de réaliser le changement de sexe à un âge plus précoce. D'après un article publié en 2013 dans *The Times* de Londres, le Royaume-Uni a enregistré une augmentation de 50 % du nombre d'enfants orientés vers des cliniques de dysphorie du genre entre 2011 et 2012

et une augmentation de près de 50 % des orientations chez les adultes entre 2010 et 2012⁷⁵. Qu'elle soit attribuée à une plus grande confusion des genres, à une plus haute sensibilité à l'égard des questions du genre, à une meilleure acceptation de la thérapie comme option ou à d'autres facteurs, cette augmentation est inquiétante en soi et mérite de plus amples recherches sur la dynamique familiale et sur d'autres problèmes potentiels, tels que le rejet social ou les troubles de développement, qui peuvent être considérés comme des signes de dysphorie du genre chez l'enfant.

Un examen des résultats psychologiques obtenus après la suppression de la puberté et l'intervention de changement de sexe, publié en 2014 dans le journal *Pediatrics* par la psychiatre pour enfants et adolescents Annelou L.C. de Vries et ses collègues, a laissé entrevoir de meilleurs résultats pour les individus après ces interventions, ainsi qu'une amélioration du bien-être atteignant un niveau semblable à celui des jeunes adultes issus de la population générale⁷⁶. Cette étude a examiné 55 adolescents et jeunes adultes transgenres (22 MtF et 33 FtM) d'une clinique néerlandaise qui ont été évalués à trois reprises : avant le début de la suppression de la puberté (âge moyen : 13,6 ans), au moment de l'introduction d'hormones du sexe opposé (âge moyen : 16,7 ans) et au moins un an après l'intervention de changement de sexe (âge moyen : 20,7 ans). L'étude n'a pas fourni de groupe apparié de comparaison – c'est-à-dire un groupe d'adolescents transgenres qui n'aurait pas reçu d'hormones bloquant la puberté ou d'hormones du sexe opposé et/ou qui n'aurait pas subi d'intervention de changement de sexe –, ce qui rend la comparaison des résultats encore plus difficile.

Dans la cohorte de l'étude, la dysphorie du genre s'est atténuée au fil du temps, la perception du corps s'est améliorée dans certains aspects et le fonctionnement général de l'individu s'est légèrement amélioré. Compte tenu de l'absence de groupe témoin apparié, il est difficile de dire si ces changements peuvent être attribués aux interventions citées ou s'ils se seraient produits dans cette cohorte sans les interventions médicales et chirurgicales. Les mesures d'anxiété, de dépression et de colère se sont légèrement améliorées au fil du temps, mais ces conclusions ne sont pas significatives sur le plan statistique. S'il est vrai que cette étude a laissé entrevoir certaines améliorations dans cette cohorte au fil du temps, notamment une satisfaction subjective à l'égard des interventions, il faudrait néanmoins répéter l'étude avec un groupe témoin apparié et un échantillon plus large pour pouvoir détecter des différences significatives. Les interventions comprenaient aussi des soins apportés par une équipe multidisciplinaire de professionnels de la médecine, qui pourraient avoir eu des effets bénéfiques. Dans le meilleur des cas, d'autres études de ce genre devraient prévoir des suivis à long terme permettant d'évaluer les résultats et le fonctionnement au-delà de la fin de l'adolescence ou du début de la vingtaine.

Les interventions thérapeutiques chez les adultes

Le fait que des patients ayant subi des interventions médicales et chirurgicales de changement de sexe puissent souhaiter récupérer une identité de genre cohérente avec leur sexe biologique laisse entrevoir que le changement de sexe implique un risque psychologique et physique considérable, surtout lorsqu'il est réalisé pendant l'enfance, mais également à l'âge adulte. Cette éventualité suggère que les idées que ces patients se font, avant le traitement, sur une vie idéale après celui-ci peuvent parfois ne pas se réaliser.

En 2004, l'organisation Aggressive Research Intelligence Facility (ARIF) de l'Université de Birmingham a évalué les conclusions de plus d'une centaine d'études de suivi de transsexuels post-opératoires⁷⁷. Un article publié dans *The Guardian* a résumé les conclusions :

L'ARIF... conclut qu'aucune étude n'apporte de preuve concluante que le changement de genre est bénéfique pour les patients. Elle a constaté que la plupart des recherches

étaient mal conçues, ce qui a biaisé les résultats en faveur du changement physique de sexe. Ces études n'ont pas évalué si d'autres traitements, tels qu'une assistance à long terme, pouvaient aider les transsexuels ou si leur confusion de genre pouvait s'estomper au fil du temps. L'ARIF affirme que les rares études qui ont fait le suivi d'un nombre significatif de patients pendant plusieurs années étaient biaisées parce que les chercheurs ont perdu la trace d'au moins la moitié des participants. D'autre part, les complications potentielles liées aux hormones et à la chirurgie génitale, qui incluent respectivement la thrombose veineuse profonde et l'incontinence, n'ont pas fait l'objet de recherches approfondies. « Une grande incertitude pèse sur la question de savoir s'il est bon ou non de changer le sexe d'une personne », explique le Dr Chris Hyde, directeur de l'ARIF. « S'il ne fait aucun doute qu'on prend grand soin de s'assurer que l'intervention de changement de sexe est réalisée sur les patients appropriés, un nombre important de personnes qui se font opérer restent traumatisées, souvent au point de mettre fin à leurs jours »⁷⁸.

La grande incertitude concernant différents résultats obtenus après l'intervention de changement de sexe empêche d'obtenir des réponses claires sur les effets que ces interventions peuvent avoir sur les patients. D'autres études ont été menées depuis 2004 sur l'efficacité de l'intervention de changement de sexe en utilisant des échantillons plus importants et de meilleures méthodologies. Nous allons examiner à présent certaines de ces études, qui sont plus instructives et plus fiables, concernant les effets des interventions de changement de sexe sur les individus.

Dès 1979, Jon K. Meyer et Donna J. Reter avaient publié une étude longitudinale de suivi sur le bien-être général d'adultes qui avaient subi une intervention de changement de sexe⁷⁹. Cette étude a comparé les résultats obtenus auprès de 15 personnes qui s'étaient fait opérer avec ceux de 35 personnes qui avaient demandé l'opération, mais qui ne l'avaient pas subie (14 de ces personnes s'étaient fait opérer plus tard, ce qui donne trois cohortes de comparaison : des individus opérés, des individus non opérés et des individus opérés plus tard). Le bien-être a été quantifié au moyen d'un système de notation qui évaluait des variables de résultats psychiatriques, économiques, légaux et relationnels. Les notes ont été déterminées par les chercheurs après avoir effectué des entretiens avec les sujets. Le temps de suivi moyen était d'environ cinq ans pour les sujets qui avaient subi une intervention de changement de sexe et d'environ deux ans pour ceux qui ne s'étaient pas fait opérer.

Par rapport à leur état avant l'intervention, les individus qui s'étaient fait opérer semblaient présenter une légère amélioration en termes de bien-être, même si les résultats avaient une assez faible signification statistique. Les individus qui ne s'étaient pas fait opérer présentaient une amélioration statistiquement significative lors du suivi. Ceci dit, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les niveaux de bien-être des deux groupes lors du suivi. Les auteurs ont conclu que « l'intervention de changement de sexe ne présente aucun avantage objectif en matière de réhabilitation sociale, même si elle est subjectivement satisfaisante pour ceux qui ont cherché avec insistance à obtenir une période d'essai et qui ont subi l'intervention »⁸⁰. Cette étude a amené le département de psychiatrie du Johns Hopkins Medical Center (JHMC) à mettre fin aux interventions chirurgicales de changement de sexe chez les adultes⁸¹.

Cette étude présente néanmoins d'importantes limites. Un biais de sélection a été introduit dans la population étudiée car les sujets avaient été extraits parmi les individus qui avaient demandé une intervention de changement de sexe au JHMC. Par ailleurs, la taille de l'échantillon était petite. En outre, les individus qui ne s'étaient pas fait opérer, mais qui avaient demandé une intervention de changement de sexe au JHMC, ne constituaient pas un véritable

groupe témoin. Il n'a pas été possible d'assigner l'intervention chirurgicale de façon aléatoire. L'observation d'importantes différences dans la période moyenne de suivi entre ceux qui s'étaient fait opérer et ceux qui ne s'étaient pas fait opérer réduit toute possibilité de tirer des conclusions valides entre les deux groupes. D'autre part, la méthodologie de l'étude a également été critiquée pour sa façon quelque peu arbitraire et idiosyncratique de mesurer le bien-être de ses sujets. La cohabitation ou toute forme de contact avec les services psychiatriques ont été considérées comme des facteurs aussi négatifs que le fait d'avoir été arrêté⁸².

En 2011, Cecilia Dhejne et ses collègues de l'Institut Karolinska et de l'Université de Göteborg en Suède ont publié une des études les plus solides et les mieux conçues pour examiner les résultats de personnes ayant subi une intervention de changement de sexe. Se centrant sur la mortalité, la morbidité et les taux de criminalité, l'étude de cohortes appariées a comparé un total de 324 individus transsexuels (191 MtF et 133 FtM) qui avaient subi une intervention de changement de sexe entre 1973 et 2003 avec deux groupes témoins du même âge : des personnes du même sexe que celui que possédait la personne transsexuelle à la naissance et des personnes du sexe correspondant au nouveau sexe attribué à l'individu⁸³.

La taille de l'échantillon est impressionnante, compte tenu du nombre relativement faible de personnes transsexuelles dans la population générale. Contrairement à Meyer et à Reter, Dhejne et ses collègues n'ont pas cherché à évaluer la satisfaction du patient après l'intervention de changement de sexe ; pour ce faire, il leur aurait fallu établir un groupe témoin de personnes transgenres qui auraient souhaité subir une intervention de changement de sexe, mais qui ne l'auraient pas subie. L'étude n'a pas non plus comparé les variables de résultats avant et après l'intervention de changement de sexe, mais seulement les résultats après l'intervention. Il est important de tenir compte de ces mises en garde lorsque nous examinons les conclusions de cette étude.

Dhejne et ses collègues ont observé des différences statistiquement significatives entre les deux cohortes dans plusieurs des aspects étudiés. Ainsi, les individus transsexuels post-opératoires sont environ trois fois plus susceptibles de faire l'objet d'une hospitalisation psychiatrique que les groupes témoins, même après ajustement pour tenir compte d'un traitement psychiatrique antérieur⁸⁴. (En revanche, le risque d'hospitalisation pour abus de substances n'était pas significativement plus élevé après ajustement pour tenir compte d'un traitement psychiatrique antérieur et d'autres covariables). Les individus qui avaient changé de sexe présentaient près de trois fois plus de risques de mortalité toutes causes confondues après ajustement des covariables, même si le risque élevé n'était significatif que pour la période 1973-1988⁸⁵. Les individus qui s'étaient fait opérer pendant cette période présentaient également un risque plus élevé de faire l'objet d'une condamnation⁸⁶. Plus inquiétant est le fait que les individus qui avaient changé de sexe étaient environ 4,9 fois plus susceptibles de commettre une tentative de suicide et environ 19,1 fois plus susceptibles de se suicider que les groupes témoins⁸⁷. « La mortalité par suicide était anormalement élevée parmi les personnes ayant changé de sexe, y compris après avoir tenu compte de la morbidité psychiatrique antérieure »⁸⁸.

Le modèle d'étude empêchait de tirer des conclusions « sur l'efficacité du changement de sexe comme traitement du transsexualisme », même si Dhejne et ses collègues affirment que « la situation aurait pu être pire sans changement de sexe »⁸⁹. Dans l'ensemble, la santé mentale post-chirurgicale était médiocre, comme l'indiquent tout particulièrement le taux élevé de tentatives de suicide et la mortalité toutes causes confondues dans le groupe de la période 1973-1988. (Il faut signaler que, au moment où l'étude a été réalisée, on disposait naturellement de moins d'années de données pour les transsexuels de l'étude qui avaient subi une intervention de changement de sexe entre 1989 et 2003 que pour les transsexuels de la période antérieure. Les taux de mortalité, de morbidité et de criminalité dans le dernier groupe pourraient, avec le temps, ressembler aux risques élevés du premier groupe). En résumé, cette étude laisse

entendre que l'intervention de changement de sexe pourrait ne pas redresser les résultats de santé mentale relativement mauvais qui sont associés aux populations transgenres en général. En outre, compte tenu des limites de l'étude mentionnées plus haut, ces résultats ne peuvent pas non plus établir que l'intervention de changement de sexe cause des problèmes de santé.

En 2009, Annette Kuhn et ses collègues de l'hôpital universitaire et de l'Université de Berne en Suisse ont examiné la qualité de vie post-opératoire de 52 transsexuels MtF et de 3 transsexuels FtM quinze ans après avoir subi une intervention de changement de sexe⁹⁰. Cette étude a observé une satisfaction de vie générale considérablement plus faible chez les transsexuels post-opératoires que chez des femmes qui avaient subi au moins une chirurgie pelvienne par le passé. Les transsexuels post-opératoires ont déclaré une plus faible satisfaction à l'égard de leur état de santé général et de certaines des limitations personnelles, physiques et sociales associées à l'incontinence en tant qu'effet secondaire de la chirurgie. Il a été, une fois de plus, impossible de tirer des conclusions de cette étude au sujet de l'efficacité de l'intervention de changement de sexe par manque d'un groupe témoin d'individus transgenres n'ayant pas subi d'interventions de changement de sexe.

En 2010, Mohammad Hassan Murad et ses collègues de la clinique Mayo ont publié une analyse systématique d'études sur les résultats des thérapies hormonales utilisées dans les procédures de changement de sexe et ont observé qu'il y avait « des données de très faible qualité » indiquant que le changement de sexe réalisé à travers des procédures hormonales « pouvait améliorer la dysphorie du genre, le fonctionnement et les comorbidités psychologiques, la fonction sexuelle et la qualité de vie générale »⁹¹. Les auteurs ont identifié 28 études qui, dans l'ensemble, ont examiné 1 833 patients ayant subi des procédures de changement de sexe qui incluaient des interventions hormonales (1 093 hommes-femmes et 801 femmes-hommes)⁹². Les données regroupées de ces études ont montré que, après avoir subi les procédures de changement de sexe, 80 % des patients ont déclaré une amélioration de la dysphorie du genre, 78 % une amélioration des symptômes psychologiques et 80 % une amélioration de leur qualité de vie⁹³. Aucune étude n'a inclus une mesure de randomisation limitant les biais (c'est-à-dire qu'aucune étude n'a assigné les procédures de changement de sexe de façon aléatoire à certains patients et pas à d'autres) et seules trois de ces études ont inclus des groupes témoins (c'est-à-dire des patients qui n'ont pas reçu de traitement afin de servir de comparaison avec ceux qui l'ont reçu)⁹⁴. La plupart des études examinées dans l'analyse de Murad et de ses collègues ont observé des améliorations des comorbidités psychiatriques et de la qualité de vie, même si les taux de suicide restaient plus élevés chez les individus qui avaient reçu des traitements hormonaux que dans la population générale, malgré les réductions des taux de suicide observées après les traitements⁹⁵. Les auteurs ont également constaté certaines exceptions aux déclarations d'amélioration de la santé mentale et de satisfaction à l'égard des procédures de changement de sexe : dans une étude, 3 individus sur 17 ont regretté de s'être soumis à la procédure et 2 de ces 3 individus ont demandé des procédures inverses⁹⁶, tandis que quatre des études examinées ont constaté une détérioration de la qualité de vie, notamment un isolement social permanent, une absence d'amélioration dans les relations sociales et une dépendance des programmes gouvernementaux d'aide sociale⁹⁷.

Les données scientifiques résumées nous invitent à adopter une attitude sceptique à l'égard de l'affirmation selon laquelle les procédures de changement de sexe apportent les avantages escomptés ou résolvent les problèmes sous-jacents qui contribuent aux risques élevés de santé mentale parmi la population transgenre. Tandis que nous nous attachons à endiguer la maltraitance et les malentendus, nous ne devons pas oublier d'étudier et de comprendre les facteurs qui peuvent favoriser les taux élevés de suicide et les autres problèmes de santé psychologiques et comportementaux parmi la population transgenre, et de mieux réfléchir aux options de traitement qui sont disponibles.

-
- ¹ American Psychological Association, « Answers to Your Questions for a Better Understanding of Sexual Orientation & Homosexuality », 2008, <http://www.apa.org/topics/lgbt/orientation.pdf>.
- ² Simone de Beauvoir, *The Second Sex*, Vintage, New York [orig. 1949], 2011, p. 283.
- ³ Ann Oakley, *Sex, Gender and Society*, Maurice Temple Smith, Londres, 1972.
- ⁴ Suzanne J. Kessler et Wendy McKenna, *Gender: An Ethnomethodological Approach*, John Wiley & Sons, New York, 1978, VII.
- ⁵ Gayle Rubin, « The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex » dans *Toward an Anthropology of Women*, éd. Rayna R. Reiter, Monthly Review Press, New York et Londres, 1975, p. 179.
- ⁶ *Ibid.*, p. 204.
- ⁷ Judith Butler, *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, Routledge, Londres, 1990.
- ⁸ Judith Butler, *Undoing Gender*, Routledge, New York, 2004.
- ⁹ Butler, *Gender Trouble*, p. 7.
- ¹⁰ *Ibid.*, p. 6.
- ¹¹ « Facebook Diversity » (page Web), <https://www.facebook.com/facebookdiversity/photos/a.196865713743272.42938.105225179573993/567587973337709/>.
- ¹² Will Oremus, « Here Are All the Different Genders You Can Be on Facebook », *Slate*, 13 février 2014, http://www.slate.com/blogs/future_tense/2014/02/13/facebook_custom_gender_options_here_are_all_56_custom_options.html.
- ¹³ André Ancel, Michaël Beaulieu et Caroline Gilbert, « The different breeding strategies of penguins: a review », *Comptes Rendus Biologies* 336, n° 1, 2013, pp. 6-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.crv.2013.02.002>. En général, les manchots empereurs mâles couvent les œufs, puis prennent soin des bébés pendant plusieurs jours après l'éclosion. Après cela, les mâles et les femelles se relaient pour s'occuper des bébés manchots.
- ¹⁴ Jennifer A. Marshall Graves et Swathi Shetty, « Sex from W to Z: Evolution of Vertebrate Sex Chromosomes and Sex Determining Genes », *Journal of Experimental Zoology* 290, 2001, pp. 449-462, <http://dx.doi.org/10.1002/jez.1088>.
- ¹⁵ Pour avoir un aperçu de l'histoire de Thomas Beatie, consulter son livre, *Labor of Love: The Story of One Man's Extraordinary Pregnancy*, Seal Press, Berkeley, 2008.
- ¹⁶ Edward Stein, *The Mismeasure of Desire: The Science, Theory, and Ethics of Sexual Orientation*, Oxford University Press, New York, 1999, p. 31.
- ¹⁷ John Money, « Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings », *Bulletin of the John Hopkins Hospital* 95, n° 6, 1955, pp. 253-264, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14378807>.
- ¹⁸ On trouvera un compte-rendu de l'histoire de David Reimer dans John Colapinto, *As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl*, Harper Collins, New York, 2000.
- ¹⁹ William G. Reiner et John P. Gearhart, « Discordant Sexual Identity in Some Genetic Males with Cloacal Exstrophy Assigned to Female Sex at Birth », *New England Journal of Medicine*, 350, janvier 2004, pp. 333-341, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa022236>.
- ²⁰ Paul R. McHugh, « Surgical Sex: Why We Stopped Doing Sex Change Operations », *First Things*, novembre 2004, p. 37, <http://www.firstthings.com/article/2004/11/surgical-sex>.
- ²¹ Association américaine de psychiatrie, « Gender Dysphoria », *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* [ci-après *DSM-5*], American Psychiatric Publishing, Arlington, Virginie, 2013, p. 452, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm14>.
- ²² *Ibid.*, p. 458.

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*, p. 452.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.*, pp. 454-455.

²⁷ *Ibid.*, p. 452.

²⁸ *Ibid.*, p. 457.

²⁹ Angeliki Galani *et al.*, « Androgen insensitivity syndrome: clinical features and molecular defects », *Hormones* 7, n° 3, 2008, pp. 217-229, <https://dx.doi.org/10.14310%2Fhorm.2002.1201>.

³⁰ Perrin C. White et Phyllis W. Speiser, « Congenital Adrenal Hyperplasia due to 21-Hydroxylase Deficiency », *Endocrine Reviews* 21, n° 3, 2000, pp. 245-219, <http://dx.doi.org/10.1210/edrv.21.3.0398>.

³¹ Alexandre Serra *et al.*, « Uniparental Disomy in Somatic Mosaicism 45,X/46,XY/46,XX Associated with Ambiguous Genitalia », *Sexual Development* 9, 2015, pp. 136-143, <http://dx.doi.org/10.1159/000430897>.

³² Marion S. Verp *et al.*, « Chimerism as the etiology of a 46,XX/46,XY fertile true hermaphrodite », *Fertility and Sterility* 57, n° 2, 1992, pp. 346-349, [http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)54843-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282(16)54843-2).

³³ Pour une analyse récente de la science sur les différences neurologiques des sexes, consulter Amber N.V. Ruigrok *et al.*, « A meta-analysis of sex differences in human brain structure », *Neuroscience Biobehavioral Review* 39, 2014, pp. 34-50, <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.neubiorev.2013.12.004>.

³⁴ Robert Sapolsky, « Caught Between Male and Female », *Wall Street Journal*, 6 décembre 2013, <http://www.wsj.com/articles/SB10001424052702304854804579234030532617704>.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ *Ibid.*

³⁷ Pour voir quelques exemples intéressants à cet égard, consulter Francine Russo, « Transgender Kids », *Scientific American Mind* 27, n° 1, 2016, pp. 26-35, <http://dx.doi.org/10.1038/scientificamericanmind0116-26> ; Jessica Hamzelou, « Transsexual differences caught on brain scan », *New Scientist* 209, n° 2796, 2011, p. 1, <https://www.newscientist.com/article/dn20032-transsexual-differences-caught-on-brain-scan/> ; Brynn Tannehill, « Do Your Homework, Dr. Ablow », *The Huffington Post*, 17 janvier 2014, http://www.huffingtonpost.com/brynn-tannehill/how-much-evidence-does-it_b_4616722.html.

³⁸ Nancy Segal, « Two Monozygotic Twin Pairs Discordant for Female-to-Male Transsexualism », *Archives of Sexual Behavior* 35, n° 3, 2006, pp. 347-358, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9037-3>.

³⁹ Holly Devor, « Transsexualism, Dissociation, and Child Abuse: An Initial Discussion Based on Nonclinical Data », *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 6, n° 3, 1994, pp. 49-72, http://dx.doi.org/10.1300/J056v06n03_04.

⁴⁰ Nancy Segal, « Two Monozygotic Twin Pairs Discordant for Female-to-Male Transsexualism », p. 350

⁴¹ *Ibid.*, p. 351.

⁴² *Ibid.*, pp. 353-354.

⁴³ *Ibid.*, p. 354.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 356.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 355. Souligné par l'auteur.

⁴⁶ J. Michael Bostwick et Kari A. Martin, « A Man's Brain in an Ambiguous Body: A Case of Mistaken Gender Identity », *American Journal of Psychiatry*, 164, n° 10, 2007, pp. 1499-1505, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040587>.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 1500.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 1504.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *Ibid.*, pp. 1503-1504.

⁵¹ Giuseppina Rametti *et al.*, « White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study », *Journal of Psychiatric Research* 45, n° 2, 2011, pp. 199-204, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.05.006>.

⁵² *Ibid.*, p. 202.

⁵³ Giuseppina Rametti *et al.*, « The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study », *Journal of Psychiatric Research* 45, n° 7, 2011, pp. 949-954, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.007>.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 952.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 951.

⁵⁶ Emiliano Santarnecchi *et al.*, « Intrinsic Cerebral Connectivity Analysis in an Untreated Female-to-Male Transsexual Subject: A First Attempt Using Resting-State fMRI », *Neuroendocrinology* 96, n° 3, 2012, pp. 188-193, <http://dx.doi.org/10.1159/000342001>.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 188.

⁵⁸ Hsaio-Lun Ku *et al.*, « Brain Signature Characterizing the Body-Brain-Mind Axis of Transsexuals », *PLOS ONE* 8, n° 7, 2013, p. e70808, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0070808>.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 2.

⁶⁰ Hans Berglund *et al.*, « Male-to-Female Transsexuals Show Sex-Atypical Hypothalamus Activation When Smelling Odorous Steroids », *Cerebral Cortex* 18, n° 8, 2008, pp. 1900-1908, <http://dx.doi.org/10.1093/cercor/bhm216>.

⁶¹ Consulter, par exemple, Sally Satel et Scott D. Lilienfeld, *Brainwashed: The Seductive Appeal of Mindless Neuroscience*, Basic Books, New York, 2013.

⁶² Il peut être utile de fournir une explication complémentaire sur ce type d'études de recherche. Les différences significatives observées dans les moyennes des populations de l'échantillon n'impliquent pas un poids prédictif significatif. Supposons que nous prenions 100 types différents de mesures du cerveau dans des cohortes d'individus transgenres et non transgenres, puis que nous calculions les moyennes de chacune de ces 100 variables pour les deux cohortes. La théorie statistique nous dit que, par le simple fait du hasard, nous pouvons prévoir (en moyenne) que les deux cohortes différeront de façon significative dans les moyennes de 5 de ces 100 variables. Ceci implique que si les différences significatives concernent un maximum de 5 de ces 100 variables, ces différences pourraient facilement être dues au hasard et que nous ne devrions pas ignorer le fait que les 95 autres mesures n'ont pas obtenu de différences significatives.

⁶³ Un article récent estime que 0,6 % de la population adulte des États-Unis est transgenre. Consulter Andrew R. Flores *et al.*, « How Many Adults Identify as Transgender in the United States? » (livre blanc), Williams Institute, UCLA School of Law, 30 juin 2016, <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/How-Many-Adults-Identify-as-Transgender-in-the-United-States.pdf>.

⁶⁴ Petula Dvorak, « Transgender at five », *Washington Post*, 19 mai 2012, https://www.washingtonpost.com/local/transgender-at-five/2012/05/19/gIQABFkbU_story.html.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ Association américaine de psychiatrie, « Gender Dysphoria », *DSM-5*, p. 455. Note : Bien que la citation provienne de la rubrique du *DSM-5* correspondant à la « dysphorie du genre » et qu'elle implique que les taux de persistance indiqués s'appliquent à ce diagnostic précis, le diagnostic de la dysphorie du genre était formalisé par le

DSM-5, ce qui signifie qu'il est possible que certaines des études d'où ont été extraits les taux de persistance aient utilisé des critères diagnostiques antérieurs.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 455.

⁶⁹ Kenneth J. Zucker, « Children with gender identity disorder: Is there a best practice? », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 56, n° 6, 2008, p. 363, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.06.003>.

⁷⁰ Kenneth J. Zucker *et al.*, « A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder », *Journal of Homosexuality* 59, n° 2, 2012, <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>. Pour obtenir un résumé accessible de l'approche de Zucker concernant le traitement de la dysphorie du genre chez les enfants, consulter J. Michael Bailey, *The Man Who Would Be Queen: The Science of Gender-Bending and Transsexualism*, Joseph Henry Press, Washington, D.C., 2003, pp. 31-32.

⁷¹ Kelley D. Drummond *et al.*, « A follow-up study of girls with gender identity disorder », *Developmental Psychology* 44, n° 1, 2008, pp. 34-45, <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>.

⁷² Jesse Singal, « How the Fight Over Transgender Kids Got a Leading Sex Researcher Fired », *New York Magazine*, 7 février 2016, <http://nymag.com/scienceofus/2016/02/fight-over-trans-kids-got-a-researcher-fired.html>.

⁷³ Consulter, par exemple, l'Association américaine de psychologie, « Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People », *American Psychologist* 70, n° 9, 2015, pp. 832-864, <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906> ; et Marco A. Hidalgo *et al.*, « The Gender Affirmative Model: What We Know and What We Aim to Learn », *Human Development* 56, 2013, pp. 285-290, <http://dx.doi.org/10.1159/000355235>.

⁷⁴ Sara Reardon, « Largest ever study of transgender teenagers set to kick off », *Nature* 531, n° 7596, 2016, p. 560, <http://dx.doi.org/10.1038/531560a>.

⁷⁵ Chris Smyth, « Better help urged for children with signs of gender dysphoria », *The Times*, Londres, 25 octobre 2013, <http://www.thetimes.co.uk/tto/health/news/article3903783.ece>. D'après l'article, en 2012 « 1 296 adultes ont été orientés vers des cliniques spécialisées en dysphorie du genre, soit 879 de plus qu'en 2010. Il y a actuellement [en 2013] 18 000 personnes en traitement contre 4 000 il y a 15 ans. [En 2012] 208 enfants ont été orientés vers ces cliniques, contre 139 l'année précédente et 64 en 2008 ».

⁷⁶ Annelou L.C. de Vries *et al.*, « Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment », *Pediatrics* 134, n° 4, 2014, pp. 696-704, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-2958d>.

⁷⁷ David Batty, « Mistaken identity », *The Guardian*, 30 juillet 2004, <http://www.theguardian.com/society/2004/jul/31/health.socialcare>.

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ Jon K. Meyer et Donna J. Reter, « Sex Reassignment: Follow-up », *Archives of General Psychiatry* 36, n° 9, 1979, pp. 1010-1015, <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780090096010>.

⁸⁰ *Ibid.*, p. 1015.

⁸¹ Consulter, par exemple, Paul R. McHugh, « Surgical Sex », *First Things*, novembre 2004, <http://www.firstthings.com/article/2004/11/surgical-sex>.

⁸² Michael Fleming, Carol Steinman et Gene Bocknek, « Methodological Problems in Assessing Sex-Reassignment Surgery: A Reply to Meyer and Reter », *Archives of Sexual Behavior* 9, n° 5, 1980, pp. 451-456, <http://dx.doi.org/10.1007/BF02115944>.

⁸³ Cecilia Dhejne *et al.*, « Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden », *PLOS ONE* 6, n° 2, 2011, p. e16885, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>.

⁸⁴ Intervalle de confiance à 95 % : 2,0-3,9.

⁸⁵ Intervalle de confiance à 95 % : 1,8-4,3.

⁸⁶ Les transsexuels MtF dans la période 1973-1988 de l'étude ont présenté un risque plus élevé de criminalité par rapport aux témoins féminins, ce qui laisse entendre qu'ils suivent un modèle masculin de criminalité. En revanche, les transsexuels FtM de cette période de l'étude ont présenté un risque plus élevé de criminalité par rapport aux témoins féminins, ce qui peut être lié aux effets de l'administration de testostérone exogène.

⁸⁷ Intervalles de confiance à 95 % : respectivement 2,9-8,5 % et 5,8-62,9 %.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 6.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 7.

⁹⁰ Annette Kuhn *et al.*, « Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism », *Fertility and Sterility* 92, n° 5, 2009, pp. 1685-1689, <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.08.126>.

⁹¹ Mohammad Hassan Murad *et al.*, « Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes », *Clinical Endocrinology*, 72, 2010, pp. 214-231. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>.

⁹² *Ibid.*, p. 215.

⁹³ Intervalles de confiance à 95 % : respectivement 68-89 %, 56-94 % et 72-88 %.

⁹⁴ *Ibid.*

⁹⁵ *Ibid.*, p. 216.

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ *Ibid.*, p. 228.

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

Conclusion

Les résultats scientifiques précis et reproductibles peuvent avoir (et ont) une influence sur nos décisions personnelles et sur notre compréhension de nous-mêmes, et peuvent alimenter les débats publics, notamment les débats culturels et politiques. Lorsque la recherche touche des questions sensibles, il est particulièrement important d'indiquer clairement ce que la science a démontré et ce qu'elle n'a pas démontré. Les questions complexes et compliquées concernant la nature de la sexualité humaine font l'objet, dans le meilleur des cas, d'un consensus scientifique provisoire ; il reste cependant de nombreuses zones d'ombre, étant donné que la sexualité est une partie extrêmement complexe de la vie humaine qui défie nos tentatives de définir tous ses aspects et de les étudier de façon précise.

La recherche apporte néanmoins quelques réponses claires aux questions qui sont plus faciles à étudier de façon empirique, telles que celles qui concernent les taux de problèmes de santé mentale affectant les sous-populations identifiables des minorités sexuelles : ces sous-populations présentent des taux plus élevés de dépression, d'anxiété, de consommation de substances et de suicide que la population générale. Le modèle de stress social – qui postule que le stigmata, le préjugé et la discrimination sont les principales causes des taux élevés de problèmes de santé mentale que connaissent ces sous-populations – est une hypothèse souvent citée pour expliquer cette disparité. Bien que que les individus hétérosexuels et transgenres soient souvent l'objet de facteurs de stress social et de discrimination, la science n'a pas démontré que ces facteurs expliquent à eux seuls l'intégralité, ou ne fût-ce qu'une grande partie, de la disparité des résultats de santé observés entre les sous-populations non-hétérosexuelles et transgenres et la population générale. Il est nécessaire de mener des recherches approfondies dans ce domaine, pour tester l'hypothèse du stress social et d'autres explications potentielles des écarts de santé, et pour contribuer à identifier la façon de traiter les problèmes de santé qui affectent ces sous-populations.

Certaines des positions les plus répandues sur l'orientation sexuelle, telles que l'hypothèse du « né comme ça », ne sont tout simplement pas étayées par des données scientifiques. La littérature dans ce domaine décrit bien une petite série de différences biologiques entre les non-hétérosexuels et les hétérosexuels, mais ces différences biologiques ne sont pas suffisantes pour prédire l'orientation sexuelle, ce qui constitue le défi ultime de toute conclusion scientifique. L'affirmation la plus solide que propose la science pour expliquer l'orientation sexuelle est le fait que certains facteurs biologiques semblent prédisposer certains individus, dans une mesure inconnue, à une orientation non-hétérosexuelle.

La suggestion selon laquelle « nous serions nés comme ça » est plus complexe dans le cas de l'identité de genre. Dans un sens, l'affirmation selon laquelle nous sommes nés avec un genre donné semble bien soutenue par l'observation directe : de façon générale, les mâles s'identifient comme hommes et les femelles comme femmes. Le fait que des enfants (avec quelques exceptions d'individus intersexués) soient nés avec un sexe biologique masculin ou féminin échappe à toute discussion. Les sexes biologiques remplissent des fonctions

complémentaires dans la reproduction et il existe une série de différences physiologiques et psychologiques moyennes entre les sexes à l'échelle de la population. Ceci dit, alors que le sexe biologique est une caractéristique innée de l'être humain, l'identité de genre est un concept plus difficile à cerner.

Lorsque nous examinons la littérature scientifique, nous observons notre quasi-totale ignorance des raisons biologiques qui pourraient expliquer ce qui pousse certains individus à déclarer que leur genre ne correspond pas à leur sexe biologique. Les résultats disponibles sont souvent assortis de problèmes de sélection des échantillons et n'ont généralement pas de perspective longitudinale ni de pouvoir explicatif. Il est impératif de mener de meilleures recherches à la fois pour identifier la façon dont nous pouvons contribuer à diminuer les taux différentiels des problèmes de santé mentale et pour susciter une discussion plus éclairée sur certaines des nuances existant dans ce domaine.

L'incertitude scientifique n'empêche cependant pas que des interventions drastiques soient prescrites et réalisées sur des patients qui s'identifient ou qui se sont identifiés comme transgenres. Cette situation est particulièrement préoccupante lorsque les patients qui sont soumis à ces interventions sont des enfants. Nous avons pris connaissance de rapports concernant des projets d'interventions médicales et chirurgicales sur de nombreux enfants prépubères, dont certains étaient âgés de six ans, et d'autres approches thérapeutiques destinées à des enfants d'à peine deux ans. Nous considérons que personne ne peut déterminer l'identité de genre d'un enfant de deux ans. Nous nous demandons si les scientifiques comprennent vraiment ce que signifie pour un enfant le fait de posséder un sens développé de son genre. Indépendamment de cette question, nous sommes profondément inquiets parce que ces thérapies, traitements et chirurgies ne semblent pas proportionnés à la gravité de la détresse dont souffrent ces jeunes et parce qu'ils sont manifestement prématurés, si l'on sait que la majorité des enfants qui s'identifient au genre opposé à leur sexe biologique ne le feront plus à l'âge adulte. En outre, il n'existe pas d'études fiables sur les effets à long terme de ces interventions. Nous recommandons par conséquent la plus grande prudence à cet égard.

Dans ce rapport, nous avons essayé de présenter un corpus complexe de recherches qui soit compréhensible pour un vaste public, composé aussi bien d'experts que de lecteurs non spécialisés. Tout le monde – les scientifiques comme les médecins, les parents comme les professeurs, les législateurs comme les activistes – a le droit d'avoir accès à des informations pertinentes sur l'orientation sexuelle et sur l'identité de genre. Tandis que la façon dont notre société traite ses membres LGBT suscite beaucoup de controverses, aucune position politique ou culturelle ne doit nous empêcher d'aborder les questions de santé publique et clinique connexes et d'aider les personnes souffrant de problèmes de santé mentale susceptibles d'être associés à leur sexualité.

Notre travail propose quelques voies de recherches pour l'avenir dans le domaine des sciences biologiques, psychologiques et sociales. De plus amples recherches doivent être menées pour découvrir les causes des taux élevés de problèmes de santé mentale observés parmi les sous-populations LGBT. Le modèle de stress social, qui marque les recherches dans ce domaine, doit être amélioré et, très probablement, complété par d'autres hypothèses. En outre, la façon dont le désir sexuel se développe et évolue au cours de la vie d'un individu reste, pour l'essentiel, mal comprise. Des recherches empiriques peuvent nous aider à mieux comprendre les relations, la santé sexuelle et la santé mentale.

Le fait de critiquer et de contester les deux parties du paradigme « né comme ça » – c'est-à-dire la notion que l'orientation sexuelle est biologiquement déterminée et fixée, et la notion connexe qu'il existe un genre fixé indépendant du sexe biologique – nous permet de

Conclusion

poser des questions importantes sur la sexualité, sur les comportements sexuels, sur le genre et sur des aspects individuels et sociaux dans une optique différente. Bien que certaines de ces questions échappent au champ d'application de ce travail, celles que nous avons examinées laissent entendre qu'il existe un abîme entre une bonne partie du discours populaire et ce que la science a démontré.

La réalisation de recherches scientifiques réfléchies et l'interprétation nuancée et prudente de leurs résultats peuvent améliorer notre compréhension de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre. Il reste beaucoup de travail à faire et de nombreuses questions sans réponses. Nous avons essayé de décrire et de synthétiser un corpus complexe de recherches scientifiques concernant certaines de ces questions. Nous espérons que ce rapport contribuera à alimenter le débat public qui existe actuellement sur la sexualité et l'identité humaines. Nous sommes conscients que ce rapport peut susciter des réponses passionnées que nous serons très contents de recevoir.