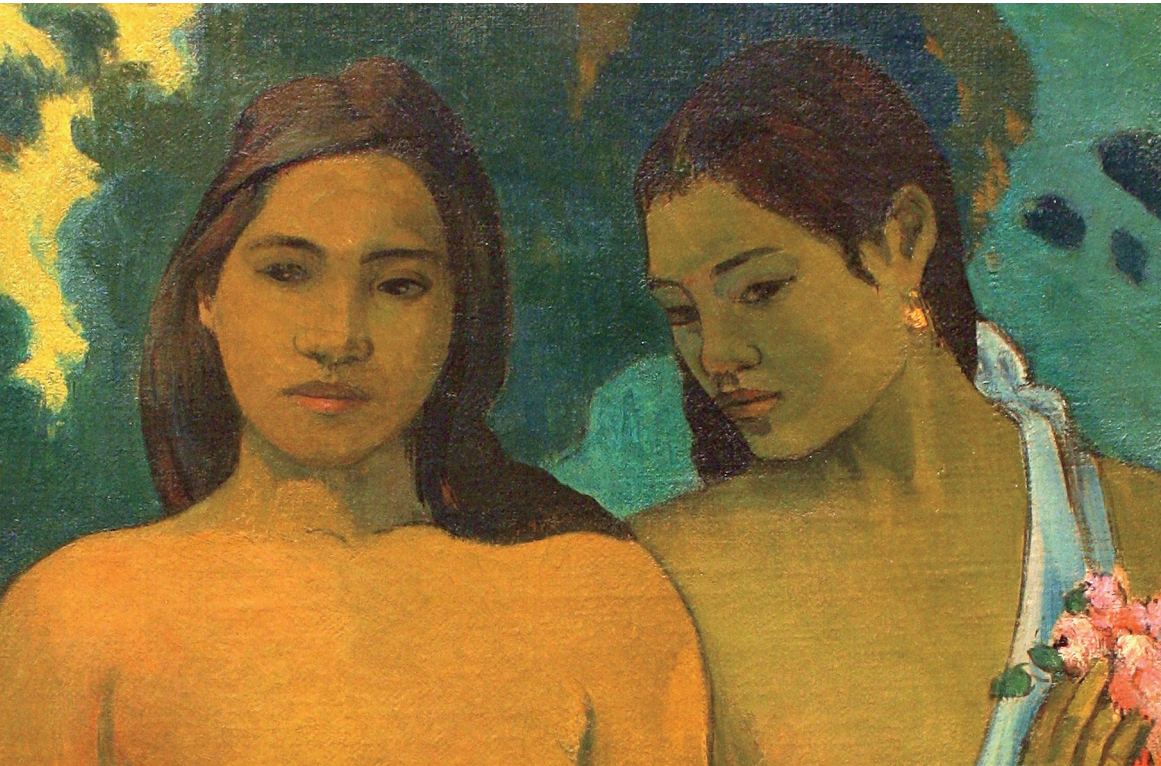


VOLUME XL • NUMÉRO 3 • AUTOMNE 2015



**santé
mentale
au Québec**



Identités et orientations sexuelles

Directeur : Emanuel Stip (Université de Montréal)

Directeur émérite : Yves Lecomte (TELUQ)

Rédacteur en chef : Jean Caron (Institut universitaire en santé mentale Douglas)

Rédacteur adjoint : Jean-Marie Bioteau

Comité de rédaction : Leila Ben Amor (Hôpital Sainte-Justine), Charles Bonsack (Institut universitaire de Lausanne, Suisse), Paul-Émile Bourque (Université de Moncton), Richard Boyer (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Eliseu Carbonell (Institut Català de Recerca en Patrimoni Cultural), Jean Caron (Institut universitaire en santé mentale Douglas), Marjory Clermont (Université d'État d'Haïti), Prometheas Constantinides (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Marc Corbière (Université de Sherbrooke), Gilles Côté (Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal), Marie-Ève Cotton (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Luigi De Benedictis (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Martin Desseilles (Université de Namur, Belgique), Frédéric Dionne (Université du Québec à Trois-Rivières), Frédéric Doutrelepont (Université du Québec en Outaouais), Philippe Duverger (Centre hospitalier universitaire Angers, France), Marie-Josée Fleury (Institut universitaire en santé mentale Douglas), Nicolas Franck (Centre hospitalier Le Vinatier, Lyon, France), Stéphane Guay (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Jean-Marc Guilé (Centre hospitalier universitaire d'Amiens, France), Marcel Jaeger (Conservatoire national des arts et métiers, Paris, France), Louis Jehel (Université Antilles Guyane), Steve Kisely (Institut universitaire de santé mentale de Montréal), Pierre Lalonde (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Gilles Lauzon (Service des ressources résidentielles, Institut universitaire en santé mentale Douglas), Christian Laval (Université Paris Ouest Nanterre La Défense, France), Tania Lecomte (Université de Montréal), Nancy Légaré (Université de Montréal), Gwénolé Loas (Hôpital Erasme, Bruxelles), Angel Morinigo Dominguez (Université de Sevilla), Thanh-Lan Ngô (Université de Montréal), Marie Nolin (Université de Montréal), Mônica Nunes (Instituto de Saude Coletiva, Brasil), Catherine Paquet (University of South Australia, Adélaïde, Australie), Isabelle Paquette (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Jean-François Pelletier (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Michel Perreault (Institut universitaire en santé mentale Douglas), Milena Pereira Pondé (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil), Hélène Provencher (Université de Laval), Jean-Luc Roelandt (Centre Collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé, Lille France), Jean-Jacques Ronald (Université d'État d'Haïti), Adriana Gloria Ruiz Arrieta (Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, Bolivie), Jean-François Saucier (Université de Montréal), Monique Séguin (Université du Québec en Outaouais), Emmanuel Stip (Centre hospitalier de l'Université de Montréal), Lionel Strub (Université de Grenoble, France), Raymond Tempier (Hôpital Montfort), Louis Thériault (Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont), Constantin Tranulis (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Jacques Tremblay (Institut universitaire en santé mentale Douglas), Philippe Vincent (France), John Ward (Institut régional du travail social, Paris, France).

Responsable de la production : Sandra Soucy (Presses de l'Université de Montréal)

Responsable du développement international : Emmanuel Stip

Abonnement annuel (2 numéros) (Coupon d'abonnement à la fin)

Prix : 28,74 \$ (19 €) l'unité (taxes incluses)

TARIFS	1 AN
Individuel	33,50 \$ (24 €)
Institutionnel	43,50 \$ (32 €)
Étudiant	26,50 \$ (19 €)

Prière de faire un chèque ou un mandat postal à l'ordre de :

Les Presses de l'Université de Montréal,

3744, Jean-Brillant, local 6310, Montréal, QC, H3T 1P1

Téléphone : 514-343-2257

Adresse électronique : rsmq@videotron.ca

Site Internet : www.santementaleauquebec.ca

Tableau de la couverture : Paul Gauguin, huile sur toile, 94 × 72, 4 cm, 1899, *Les Tahitiennes aux fleurs de mangue (Les seins aux fleurs rouges)*.

Les articles de la revue *Santé mentale au Québec* sont répertoriés dans PubMed, Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Index de la santé des services sociaux, INIST (Pascal), International Bibliography of The Social Sciences, International Current Awareness Services, Repère, Social Work Research and Abstracts, Sociological Abstracts, e-psyche, LLC, BDSP (banque de données en santé publique).



Créée en septembre 1976, *Santé mentale au Québec* est une revue qui paraît deux fois par année, au printemps et à l'automne. D'orientation psychosociale, elle publie des articles de recherche expérimentale et d'innovation sociale. Elle a pour principal objectif de répondre aux besoins de développement des connaissances scientifiques, universitaires et cliniques.



**santé
mentale
au Québec**

Identités et orientations sexuelles

Le dossier du présent numéro a été coordonné par
Karine J. Igartua et Jean Caron

Les lecteurs et lectrices sont invités à consulter le site Internet de
Santé mentale au Québec à l'adresse suivante:
www.revue-smq.ca

Vous pouvez maintenant consulter en ligne l'intégralité des articles
publiés depuis 1976 sur les sites suivants :
<http://www.teluq.quebec.ca/smq>
<http://www.erudit.org/revue/smq>

Sommaire

7 ÉDITORIAL

Acceptation, personnelle et sociale, des identités et orientations sexuelles minoritaires et leurs impacts sur la santé mentale

Jean Caron

NUMÉRO THÉMATIQUE

Identités et orientations sexuelles

11 PRÉSENTATION

Karine J. Igartua

19 Les minorités sexuelles : concepts, prémisses et structure d'une approche clinique adaptée

Karine J. Igartua et Richard Montoro

37 Repenser le sexe, le genre et l'orientation sexuelle

Michel Dorais

55 L'association des dimensions de l'orientation sexuelle, du harcèlement et du suicide : quelles minorités sexuelles sont les plus à risque ?

Richard Montoro, Brett Thombs et Karine J. Igartua

77 Les expériences de victimisation, la santé mentale et le bien-être de jeunes trans au Québec

Guillaume Raymond, Martin Blais, Félix-Antoine Bergeron et Martine Hébert

93 Parentalité et jeunes transgenres : un survol des enjeux vécus et des interventions à privilégier pour le développement de pratiques transaffirmatives

Annie Pullen Sansfaçon

- 109 Le rôle du soutien parental dans la relation entre la victimisation homophobe, l'homophobie intériorisée et la détresse psychologique chez les jeunes de minorités sexuelles (JMS) : une approche de médiation modérée
Félix-Antoine Bergeron, Martin Blais et Martine Hébert
- 129 Distinguer le processus d'acceptation d'une identité sexuelle minoritaire d'un trouble obsessionnel compulsif avec obsessions sexuelles
Karine J. Igartua
- 145 Discrimination des minorités sexuelles et de genre au travail : quelles implications pour la santé mentale ?
Marie Geoffroy et Line Chamberland
- 173 Les enjeux de santé mentale chez les aînés gais et lesbiennes
Julie Beauchamp et Line Chamberland
- 193 Les *RaeRae* et *Mahu* : troisième sexe polynésien
Emmanuel Stip

MOSAÏQUE

- 209 Adaptation et neurosciences I : craintes, société, méthodologie, finalité
Martin Desseilles
- 223 Perspective biopsychologique systémique des émotions de base
Benoît Poisson
- 245 L'enfant borderline en devenir II : validation préliminaire de l'Échelle de traits de personnalité limite pour enfants
Geneviève Dubé, Miguel M. Terradas et Sophie Arsenault

TÉMOIGNAGE

- 269 S'autoriser le droit d'être soi-même, c'est dire « Oui je le veux » au bonheur
Geneviève Boyer

ÉDITORIAL

Acceptation, personnelle et sociale, des identités et orientations sexuelles minoritaires et leurs impacts sur la santé mentale

Jean Caron, rédacteur en chef

Pour tout clinicien en santé mentale, la sexualité humaine et son importance pour le développement harmonieux et le bien-être ne sont plus à démontrer. Nombre de personnes consultant pour des symptômes d'anxiété ou de dépression ont à l'origine diverses problématiques reliées à leur sexualité et plusieurs autres consultent pour des problèmes directement liés à des dysfonctions sexuelles.

Ce numéro thématique « Identités et orientations sexuelles » propose l'examen attentif de deux aspects de la sexualité humaine, soit l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Bien que de façon générale, pour la majorité des gens, l'orientation sexuelle soit dichotomisée entre l'hétérosexualité et l'homosexualité, le lecteur découvrira par la présentation de modèles théoriques que les orientations sexuelles reposent sur plusieurs dimensions indépendantes qui peuvent ou non coïncider et comment elles se développent. Il en est de même pour l'identité de genre à savoir qu'est-ce qu'un homme ou une femme ? Question triviale a priori, mais qui revêt un caractère d'une complexité insoupçonnée. Des exemples et des explications sur la détresse engendrée par des difficultés d'acceptation, personnelle ou sociale, d'une orientation sexuelle minoritaire ou des problèmes reliés au développement des identités de genre vous seront présentés de même que les interventions qui semblent les mieux adaptées à ces problématiques.

Les orientations et identités sexuelles, comme la majorité des caractéristiques de l'être humain, sont façonnées par des dimensions sociales importantes et n'échappent pas au champ des forces sociales. Comme toute minorité, les personnes présentant une orientation sexuelle minoritaire font l'objet de discrimination et de stigmatisation. Vous pourrez ici en saisir l'ampleur et les conséquences sur elles et leur famille et constater que, malgré une certaine ouverture, beaucoup de travail reste à accomplir dans la société québécoise pour une intégration de tous ses citoyens, quelles que soient leurs orientations sexuelles.

Je vous laisse en compagnie d'experts pour vous guider à travers ce numéro, en l'occurrence Dre Karine J. Igartua, directrice du Centre d'orientation sexuelle de l'Université McGill (COSUM) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), professeure agrégée au Département de psychiatrie de l'Université McGill et présidente de l'Association des médecins psychiatres du Québec. Elle s'est adjoint une équipe de chercheurs et de cliniciens experts pour la rédaction de ce numéro thématique qui vous permettra de développer ou de parfaire vos connaissances. Sa présentation du numéro et son article d'introduction vous permettront de mieux délimiter les concepts abordés, d'appréhender le contenu précis de ce thème et enfin de connaître ses collaborateurs ainsi que leurs contributions.

Ce numéro thématique est complété par une mosaïque de trois articles. Le premier article, de Martin Deseilles, professeur et directeur au Département de psychologie de l'Université Namur en Belgique, s'intitule « Adaptation et neurosciences I: craintes, société, méthodologie, finalité ». Il explore les impacts des neurosciences sur de multiples aspects de la société, les craintes qu'elles suscitent et les limites inhérentes à leur développement.

Suit l'article de Benoît Poisson, psychologue formateur en bureau privé, intitulé: « Perspective biopsychologique systémique des émotions de base » qui décrit comment la colère, la surprise, la joie, la tristesse et le bonheur se développent dans des circuits neurohormonaux distincts et quelles sont leurs fonction et importance pour l'adaptation humaine.

Le chercheur ou clinicien francophone doit faire face à davantage de difficultés que ses collègues anglophones lorsqu'il s'agit de choisir des instruments de mesure fiables et valides pour effectuer une recherche ou évaluer de façon rigoureuse une personne ou un phénomène. En effet, la plupart des instruments de mesure ont été développés et validés en langue anglaise. Des variations culturelles entre popula-

tions de langues différentes rendent périlleuse la simple traduction d'un instrument. Sa validation dans une autre langue est un processus qui suit des étapes rigoureuses qui sont décrites dans plusieurs guides de traduction (Behling et Law, 2000 ; Caron, 2000 ; Bradley, 1994 ; Vallerand, 1989).

Depuis sa fondation, la revue *Santé mentale au Québec* a toujours été un lieu privilégié pour la publication d'instruments de mesure en santé mentale en langue française, et nous invitons les chercheurs francophones ayant réalisé un processus de validation rigoureuse à nous soumettre leurs articles. C'est dans cette perspective que vous avons le plaisir de terminer ce numéro par la présentation d'un article intitulé « L'enfant *borderline* en devenir II : validation préliminaire de l'Échelle de traits de personnalité limite pour enfants » de Michel Terradas, professeur au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke qui, en compagnie de deux de ses étudiantes, Mme Geneviève Dubé et de Mme Sophie Arsenault, présentent les étapes accomplies pour la validation en langue française du *Borderline Personality Features Scale for Children* (BPFS-C), instrument qui mesure les traits de personnalité limite chez les enfants de neuf ans et plus.

Bonne lecture.

RÉFÉRENCES

- Behling, O. et Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions*. Thousand Oaks: Sage.
- Bradley, C. (1994). Translation of questionnaires for use in different languages and cultures. Dans C. Bradley (Ed.), *Handbook of Psychology and Diabetes* (p. 43-53). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Caron, J. (2000). Un guide de validation transculturelle des instruments de mesure en santé mentale. <http://instrumentspsychometriques.mcgill.ca/instruments/guide.htm>
- Vallerand, R.J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-689.

PRÉSENTATION

Karine J. Igartua^a

C'est avec un immense plaisir que j'ai accepté l'invitation des membres du comité de rédaction de la revue à me joindre à eux à titre de codirectrice d'un numéro spécial sur l'identité de genre et l'orientation sexuelle. Ce numéro représente une opportunité de me rapprocher un peu plus d'un rêve que je chéris depuis près de vingt ans et il s'insère parfaitement dans la logique et la progression de mes activités cliniques et universitaires.

Il y a une vingtaine d'années, j'ai rencontré Richard Montoro alors que nous étions résidents en psychiatrie. Ce fut le début d'une solide amitié et d'un rêve commun : celui de créer un endroit sécuritaire permettant à quiconque ayant un questionnement ou un malaise par rapport à son orientation sexuelle de consulter un professionnel de la santé mentale. C'est ainsi que cinq ans plus tard, en 1999, le Centre d'orientation sexuelle de l'Université McGill (COSUM) voyait le jour. Optimiste ou peut-être même idéaliste, je me souviens d'avoir dit à Richard que c'était un projet de dix ans. Je me disais qu'une décennie plus tard, la société aurait évolué suffisamment pour faire en sorte qu'une clinique spécialisée ne soit plus nécessaire. J'imaginais un monde professionnel où les théories pathologisantes de l'homosexualité auraient été remplacées par des théories normatives de façon à ce que tous les thérapeutes se sentent adéquatement outillés pour travailler avec cette population.

-
- a. M.D., C.M., FRCPC, professeure agrégée au Département de psychiatrie de la faculté de médecine de l'université McGill – Codirectrice médicale, Centre d'orientation sexuelle de l'Université McGill – Psychiatre au Centre universitaire de santé McGill – Présidente de l'Association des médecins psychiatres du Québec.

Or, lorsque l'homosexualité a été retirée du DSM, l'enseignement par rapport à l'homosexualité a cessé de faire partie du cursus universitaire des psychothérapeutes. Dès lors, l'on s'est mis à traiter les homosexuels comme les hétérosexuels. Au nom de la rectitude politique, on occultait les différences entre ces deux populations. Ce faisant, on ne répondait pas aux besoins propres à la population différente de la norme hétérosexuelle. Richard et moi avons commencé à enseigner notamment aux étudiants en médecine, aux résidents en psychiatrie, aux stagiaires en travail social, aux candidats au doctorat en psychologie et aux internes en sexologie. Je maintenais toujours le rêve d'une société de moins en moins discriminante, combinée avec une cohorte de professionnels de la santé suffisamment formés pour faire en sorte que notre clinique ne soit plus nécessaire.

Aujourd'hui et après plus de dix ans, le rêve se réalise progressivement. En fait, nous avons de moins en moins de demandes de la part de gens confus ou mal à l'aise relativement à un homoérotisme. Il est possible que les années d'enseignement portent fruit et les gens consultent des psychothérapeutes localement sans avoir à s'adresser à notre centre tertiaire. J'ose croire également que l'ouverture d'esprit de la société permet à beaucoup de personnes d'apprivoiser leur sexualité minoritaire sans notre aide.

On a tendance à croire que la société évolue constamment vers un respect croissant des droits humains mais l'histoire nous démontre autre chose. Le mouvement des droits est plutôt comme un balancier, avec des extrêmes de libertés et de répression. Nous devons donc demeurer attentifs aux mouvements qui viendraient bafouer les droits acquis.

Depuis quelques années, nous avons commencé à traiter de plus en plus de personnes qui remettent en question leur identité de genre. C'est ainsi que le mandat de notre centre s'est élargi pour inclure non seulement la détresse reliée à l'orientation sexuelle mais aussi à l'identité de genre. Ce faisant, nos programmes d'enseignement ont aussi changé. Mon rêve comprend désormais une société ouverte non seulement à la diversité sexuelle mais à la diaspora de genres. Le contenu de ce numéro spécial qui, je l'espère, contribuera à mon ambition, reflète également cette ouverture.

Avant de vous présenter le numéro, je veux remercier publiquement deux personnes très importantes : mon collègue Richard Montoro et ma conjointe Donna Coffin. Richard est mon partenaire dans cette aventure clinique et académique, et Donna, ma partenaire dans l'aven-

ture de la vie. Sans l'enthousiasme de Richard et le support de Donna, le COSUM ne serait pas né et ce numéro spécial de SMQ n'aurait jamais vu le jour. Richard, Donna, merci pour tout.

Le numéro commence par un article théorique et clinique que je vous offre en guise d'entrée en matière. Il situe les concepts essentiels en ce qui concerne l'orientation sexuelle et l'identité de genre et propose une structure d'approche clinique pour l'évaluation de la sexualité ainsi que des pistes thérapeutiques pour traiter la détresse qui y est reliée. Mon intention derrière ce texte est d'offrir un article de synthèse à proposer à nos étudiants lorsque Dr Montoro et moi enseignons sur le sujet.

Le professeur titulaire à l'école de service social de l'Université Laval, Michel Dorais, propose un deuxième article théorique qui reprend les notions de sexe, de genre et d'orientation sexuelle en traçant l'historique de ces idées et en poussant le lecteur à une conception non binaire de chacune d'entre elles. La suite du numéro est organisée selon une logique chronologique, présentant des données sur les jeunes, les adultes et finalement les aînés.

Le Dr Montoro présente nos données sur un échantillon de jeunes Québécois. L'intersection entre le harcèlement, l'affirmation de son orientation sexuelle et les tentatives de suicide portent à réfléchir. En effet, il semble que l'homoérotisme n'est pas relié au risque de suicide mais que l'identification à une minorité sexuelle le serait. De plus, le harcèlement semble avoir un effet exponentiel sur le risque de suicide chez les jeunes s'identifiant comme « autre qu'hétérosexuel ». Félix-Antoine Bergeron, sous la direction de Martin Blais, professeur au département de sexologie de l'UQAM, propose des données similaires sur les jeunes transgenres. Il expose le lien entre la détresse psychologique, l'estime de soi, la victimisation transphobe et la violence verbale parentale. Annie Pullen Sansfaçon, professeure à l'école de service social de l'Université de Montréal, nous décrit l'expérience des parents des jeunes transgenres et leurs besoins. Guillaume Raymond, un autre étudiant travaillant avec Martin Blais, explore le rôle modérateur du soutien parental dans les relations entre la victimisation homophobe, l'homophobie intériorisée et la détresse psychologique chez des jeunes LGBT. Pris ensemble, ces quatre articles soulignent l'importance, pour la santé mentale, d'actions pour réduire le harcèlement subi par les jeunes de minorités sexuelles et de créer plus d'outils pour leurs familles.

Par la suite, je vous propose une description de cas cliniques pour aider le clinicien à distinguer le trouble obsessionnel compulsif (TOC)

avec obsession sur l'orientation sexuelle du processus du développement identitaire gai normal. En effet, au COSUM nous avons à l'occasion reçu des patients qui nous ont été adressés afin que l'on tente de les aider à accepter une homosexualité quand finalement, le diagnostic s'est révélé être un TOC et une absence d'homoérotisme. Marie Geoffroy, sous la direction de Line Chamberland, titulaire de la chaire de recherche sur l'homophobie de l'UQAM, étaye ensuite la discrimination qui existe en milieu de travail et les implications pour la santé mentale. Finalement les enjeux de santé mentale chez les aînés gais et lesbiennes vous sont présentés par Marie Geoffroy et Line Chamberland. Mme Geoffroy poursuit ses études supérieures sous la supervision de Mme Chamberland en sexologie à l'UQAM.

Le numéro spécial se poursuit avec une étude transculturelle, poétique comme un récit de voyage, par Dr Emmanuel Stip, directeur du département de psychiatrie à l'Université de Montréal. Celui-ci décrit un genre non catégorisable comme homme ou femme, les *RaeRae* de la Polynésie française. Cet article illustre ce qui est plaidé dans les articles théoriques du début, à savoir que le genre n'est pas un concept binaire et que dans la diversité humaine, il y a plusieurs genres autres que simplement homme ou femme. Il nous rappelle de plus que notre conception de la sexualité n'est qu'un point de vue occidental, et qu'il y a d'autres façons, aussi valables que la nôtre, d'apprécier la diversité humaine.

Pour clore la thématique, une de mes patientes, sous le pseudonyme de Geneviève Boyer, vous offre un très touchant témoignage. Elle décrit les ravages de l'homophobie sur sa vie: tant au niveau de sa santé mentale et de son estime personnelle qu'au niveau de ses relations familiales et conjugales. Elle apporte un point de vue sur ce qui est aidant dans une thérapie affirmative de la diversité sexuelle. Étant donné la discrimination qui existe et pour les minorités sexuelles et pour la maladie mentale, je tiens à saluer sa générosité et son courage.

Finalement, puisque les questions abordées dans ce numéro thématique ne vous sont pas nécessairement familières et étant donné que c'est un domaine d'étude où le vocabulaire a beaucoup changé, j'ai cru bon de vous présenter un lexique auquel vous pourrez vous référer en lisant les divers articles. Celui-ci est adapté de deux sources principales: l'énoncé de principe de l'Association canadienne de psychiatrie (APC) et le lexique de la Chambre de commerce LGBT du Québec (1,2).

En terminant, je vous souhaite bonne lecture et bonne réflexion, et je vous invite à vous joindre à mon rêve.

Lexique

SUR LE GENRE

Identité de genre : L'expérience intime et personnelle de son genre profondément vécue par chacun, de se sentir homme ou femme, homme et femme, ni homme ni femme.

Expression de genre : L'expression de l'identité de genre par l'habillement, le comportement, le maintien, les attitudes, le langage, la voix, les activités, par exemple.

Rôle de genre : L'expression de genre attribué et attendu des hommes ou des femmes dans une culture et à une époque historique donnée.

Cisgenre : Le terme s'applique lorsque l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance.

Transgenre ou trans : La personne transgenre est celle qui s'identifie en dehors des règles des genres masculin et féminin conventionnels. Dans son usage, le terme a souvent un sens générique et il englobe les transsexuels, les bispirituels, les intersexués et les personnes au genre variant.

Transsexuel : Le terme s'applique à la personne dont l'identité de genre ne correspond pas à son anatomie. La personne transsexuelle souhaite modifier son corps par un traitement hormonal ou chirurgical afin qu'il corresponde à son identité de genre.

Genre non conforme, au ou genre variant, au : Le terme s'applique à la personne qui ne se conforme pas aux normes de la société en ce qui a trait à l'expression de genre fondée sur le binarisme du masculin versus le féminin.

Genre queer, au : La personne pour qui l'identité de genre est une notion souple et variable et qui refuse de s'enfermer dans les catégories classiques ou des concepts absolus. Elle préfère se positionner comme bon lui semble le long du continuum des genres.

Intersexué : Le terme désigne une personne qui naît avec un mélange d'attributs physiques des hommes et des femmes. Ainsi, il y a non concordance entre les organes génitaux externes, les organes génitaux internes, les caractéristiques sexuelles secondaires, les hormones et/ou les chromosomes. Ce terme remplace l'ancienne appellation « hermaphrodite ».

Travesti : La personne qui s'habille selon ce qui est convenu socialement pour le genre qui ne correspond pas à son sexe. Elle s'habille ainsi par jeu, par expression de soi ou expression artistique ou par plaisir érotique, mais elle est à l'aise avec son corps tel quel et ne souhaite pas le modifier, c'est-à-dire qu'elle n'est pas transsexuelle.

Transition : Processus complexe à plusieurs phases qui peut s'étirer sur des années, le temps nécessaire pour harmoniser l'anatomie et l'expression de genre de la personne transgenre à son identité de genre. La transition peut se faire sur le plan social (se présenter selon son identité), légal (changement de nom ou de mention de sexe sur les documents officiels) et/ou physique (hormonothérapies et chirurgies de réassignation). Ces différents plans sont indépendants les uns des autres. Par exemple, une personne peut faire une transition sociale sans aucune intervention médicale.

SUR L'ORIENTATION SEXUELLE

Hétéroérotisme : Attirance ou excitation sexuelle envers les personnes du sexe/genre opposé dans une conception binaire du sexe et du genre.

Homoérotisme : Attirance ou excitation sexuelle envers les personnes de son même genre/sexe.

Orientation sexuelle : Attirance émotive ou sexuelle, le désir ou l'affection que ressent une personne pour une autre.

Comportement sexuel : Actions sexuelles d'une personne, la manière dont elle agit sur le plan sexuel. Le comportement sexuel n'est pas forcément en accord avec l'orientation ou l'identité sexuelle.

S'APPLIQUANT AU GENRE ET À L'ORIENTATION SEXUELLE

Identité sexuelle : Terme qui porte à confusion. Tantôt utilisé pour désigner la détermination pour soi et pour les autres de son orientation sexuelle (par exemple : gai, lesbienne, bisexuelle, queer), tantôt utilisé comme synonyme d'identité de genre, tantôt utilisé pour désigner globalement toutes ces identités.

Affirmation de son identité sexuelle : La démarche d'affirmation de son orientation sexuelle ou de son identité de genre. Alors que l'affirmation pour-soi de son identité peut se faire à un moment précis important, la déclaration de son identité aux autres se fait tout au long de la vie.

Bi-spirituel : Terme utilisé par des peuples autochtones d'Amérique du Nord pour désigner la présence de deux esprits dans un même corps : un esprit masculin et un esprit féminin. Les personnes qui se qualifient de bispirituelles peuvent également se présenter comme des gais, des lesbiennes, des bisexuelles, des transgenres, des intersexuées, des transsexuelles ou avoir de multiples identités de genre.

Queer ou hors norme : Dans son usage contemporain, queer est un terme d'affirmation de soi générique et unificateur de la sphère sociopolitique englobant une vaste gamme d'expressions de genre, y compris les gais, les

lesbiennes, les bisexuels, les transgenres, les intersexués, les non-conformistes de genre ou toute autre orientation sexuelle ou identité de genre. Ce terme, qui avait autrefois une connotation méprisante, a été réapproprié par les minorités sexuelles qui y voient un symbole d'autodétermination et de libération.

Questionnement, en : Se dit de personnes, incertaines de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, qui se présentent comme étant en questionnement.

SUR LA DISCRIMINATION

Hétérosexisme : La présupposition voulant que tous soient hétérosexuels jusqu'à preuve du contraire ou devraient l'être, et l'affirmation de l'hétérosexualité comme étant supérieure et préférable aux autres orientations sexuelles.

Privège hétérosexuel : Les avantages dont bénéficient les hétérosexuels et qui sont refusés aux gais, aux lesbiennes, aux bisexuels, aux queers et aux personnes dont l'orientation sexuelle n'est pas l'hétérosexualité.

Homophobie : Initialement, le terme désignait la crainte irrationnelle, la haine ou l'aversion à l'égard des personnes homosexuelles ou du comportement homosexuel. De façon contemporaine, le terme est utilisé pour désigner les attitudes négatives envers l'homosexualité, sans en présumer l'émotion sous-jacente.

Homophobie intériorisée : Le sentiment de culpabilité, de honte ou honte de soi en raison de sa propre attirance envers une personne de même sexe ou genre issu de l'homophobie et de l'hétérosexisme.

Transphobie : Initialement conçu comme étant la crainte irrationnelle, l'aversion ou la haine à l'égard des personnes transsexuelles ou transgenres. Maintenant le terme désigne plutôt toute attitude négative envers les personnes trans, sans en présumer l'émotion sous-jacente.

Thérapie réparatrice ou de conversion : L'ensemble des traitements pseudoscientifiques ayant pour but de changer l'orientation sexuelle d'une personne de l'homosexualité à l'hétérosexualité.

RÉFÉRENCES

- 1- <http://cclgbtq.ca/lexique-lgbt-sur-la-diversite-sexuelle-et-de-genre-en-milieu-de-travail/>
- 2- <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=1783>

Les minorités sexuelles : concepts, prémisses et structure d'une approche clinique adaptée

Karine J. Igartua^a

Richard Montoro^b

RÉSUMÉ Depuis la dépathologisation de l'homosexualité par les sociétés savantes en santé mentale, la formation des psychothérapeutes sur les minorités sexuelles comporte des lacunes. On préconise souvent de traiter les patients issus de ces minorités comme tous les autres. Or, le développement identitaire de ces personnes comporte des particularités qu'il est nécessaire de connaître pour adapter les évaluations et les interventions psychothérapeutiques comme il se doit. Le présent article propose un cadre théorique, des outils d'évaluation et des pistes thérapeutiques pour accompagner une personne issue d'une minorité sexuelle qui consulte un professionnel en santé mentale.

Les concepts de non-binarité de genre, de construction sociale des rôles de genre, les dimensions distinctes de l'orientation sexuelle (attirance émotive, attirance physique, comportement et identité sexuelle), l'indépendance des attirances envers un sexe et envers l'autre, l'impact et les manifestations de l'homophobie ainsi que le processus identitaire sont décrits dans le présent article. Une attitude d'ouverture quant à la diaspora sexuelle est prônée afin d'accueillir le patient et de lui permettre une exploration ouverte dans un cadre thérapeutique sécurisant et sans danger.

-
- a. M.D., C.M., FRCPC, professeure agrégée au Département de psychiatrie de la faculté de médecine de l'université McGill – Codirectrice médicale, Centre d'orientation sexuelle de l'Université McGill – Psychiatre au Centre universitaire de santé McGill – Présidente de l'Association des médecins psychiatres du Québec.
 - b. M.D., C.M., M. Sc., Centre d'orientation sexuelle de l'Université McGill – Hôpital général de Montréal, Département de psychiatrie.

Les différentes facettes à explorer lors de l'évaluation de la sexualité sont énumérées. Des pistes de traitement psychoéducatif, cognitif et psychodynamique sont proposées, entre autres : déconstruire les mythes pour réduire l'homophobie ou la transphobie, panser les blessures narcissiques et relationnelles dues à l'homophobie, analyser le pour et le contre d'un mode de vie authentique, avec ou sans « sortie du placard » ou *coming out*. L'apport des interventions familiales et des thérapies de groupe est aussi exposé.

MOTS CLÉS genre, orientation sexuelle, psychothérapie, homophobie, transphobie

Sexual minorities: Concepts, attitudes and structure for an appropriate psychotherapeutic approach

ABSTRACT Objective To propose a theoretical model and clinical approach to sexual minority patients who consult mental health professionals

Methods Clinicians at the McGill University Sexual Identity Center (MUSIC) who have been treating patients from various sexual minorities for more than 15 years present useful theoretical constructs of gender and sexuality as well as guidelines for the evaluation and treatment of patients consulting for discomfort or confusion surrounding their sexual orientation, their gender identity or both, based on both the current literature and their clinical experience.

Results The notions of non-binary construction of gender, of social determinism of gender roles and expression, and of gender creativity are presented. Sexual orientation is divided into four most commonly used dimensions (emotional attraction, physical attraction, behaviour and identity); the fluidity of these and their potential non-concordance are described. The fact that attraction to one gender is independent of attraction to another gender is highlighted. An attitude of openness to all forms of gender expression and sexual orientation constellations is encouraged to allow the patient free exploration of the several facets of their sexuality.

Various domains to explore in evaluating sexual orientation and gender as well as therapeutic avenues are proposed. Areas to enquire about include: mental, physical and social experiences of gender, eroticism and sexual fantasies towards all genders, emotional attraction towards them, sexual and romantic experiences, comfort and certainty about one's identity and about disclosing it.

Psychoeducation can be used to teach about sexual diversity and to assess the risks and benefits of coming out to self, family, friends, co-workers or strangers. Cognitive strategies can be undertaken to debunk homophobic and transphobic myths which may fuel poor self-esteem. Psychodynamic approaches can be used to heal the narcissistic wounds of homophobia that may lead one to be mistrustful of authority figures or to suppress sexual feelings when emotional attachment becomes important. Some of these dynamic patterns are rooted in past reactions to parental homophobia and the compromises sexual minorities made as children

in order to preserve their relationships with their parents. For youth coming out in present times, family support is crucial to well-being and can be enhanced through family therapy. In mixed orientation couples, couple therapy can help both spouses adapt to the coming out of one of the partners and find a new partnership. Group therapy is useful for many of the above issues particularly as it provides a sense of community which is often lacking in minority groups, especially when individuals and their families do not share the same minority status.

Conclusion With the proposed framework and an attitude of openness to sexual diversity, clinicians should feel competent to treat sexual minority patients.

KEYWORDS gender, sexual orientation, psychotherapy, homophobia, transphobia

Les personnes issues de minorités sexuelles ont longtemps hésité à consulter en psychiatrie, méfiance tout à fait compréhensible compte tenu du passé pathologisant de la psychiatrie à leur endroit. Même si l'homosexualité n'est plus considérée comme une maladie mentale depuis plus de 40 ans (American Psychiatric Association, 1974), les patients rapportent encore des « microagressions » dans le cadre psychothérapeutique (Shelton, Kimber, Delgado-Romero, Edward A., 2011). Nous avons voulu créer un lieu sûr où les patients issus de minorités sexuelles pouvaient consulter en psychiatrie sans craindre aucune discrimination ni être considérés comme des cas pathologiques. C'est ainsi que, en 1999, nous avons fondé le McGill University Sexual Identity Centre (MUSIC), Centre d'orientation sexuelle de l'Université McGill (COSUM) en français. Depuis lors, nous avons évalué environ 2 000 patients, et avons un volume moyen de 1 500 visites par an. Nos patients ont entre 5 et 82 ans. Ils viennent de toutes les strates socioéconomiques de la société, sont originaires des cinq continents et vivent dans toutes les régions du Québec. Ils consultent en raison d'un questionnement sur leur sexualité ou leur genre ou parce qu'ils ressentent un inconfort à cet égard. Ils ont vécu divers niveaux de discrimination, allant des railleries de cour d'école aux voies de fait et aux menaces de mort. Certains ont fui leur pays d'origine, et parfois même leur propre famille, craignant pour leur vie.

Au cours des années, nous avons été témoins de l'impact des attitudes homophobes, transphobes ou simplement hétérosexistes sur la santé mentale de nos patients d'ici et d'ailleurs : intériorisation d'attitudes négatives créant une piètre image de soi, symptômes dépressifs et anxieux (Igartua *et al.*, 2003) et trouble de stress post-traumatique

chez les survivants de violences physiques (Herek et Garnets, 2007; D'augelli, Grossman et Straks, 2006). Notre travail clinique consistait surtout à traiter les séquelles psychologiques des expériences d'homophobie vécues par nos patients.

Malgré notre succès auprès de cette clientèle, il est devenu clair que pour aider un nombre maximal de personnes, nous devons également prendre part à la prévention de la discrimination sociétale, facteur de risque important. Nous avons donc travaillé en amont, pour tenter de diminuer l'homophobie et la transphobie dans la société avant que celles-ci ne puissent nuire. Depuis lors, nous intervenons dans les milieux de vie de nos patients et nous soutenons, grâce à des programmes de formation, les groupes communautaires qui luttent contre l'homophobie, comme le GRIS, Gai Écoute et la Coalition des familles LGBT. Notre expérience unique au Québec est reconnue : nous sommes sollicités à titre d'experts par les ministères de la Santé, de la Justice et de la Famille.

Nous enseignons régulièrement, tant au niveau universitaire qu'en formation continue. Dans les pages qui suivent, nous souhaitons partager notre expérience afin de fournir un cadre théorique et clinique qui permet de répondre aux besoins en santé mentale des personnes issues de minorités sexuelles. Les contraintes d'espace nous obligent à limiter notre propos. Nous aborderons donc ici les concepts de genre et d'orientation sexuelle, pour ensuite analyser l'approche clinique adaptée à l'évaluation et au traitement d'une personne qui consulte pour une difficulté liée à son orientation sexuelle ou une question d'identité de genre.

Concepts théoriques

L'orientation sexuelle

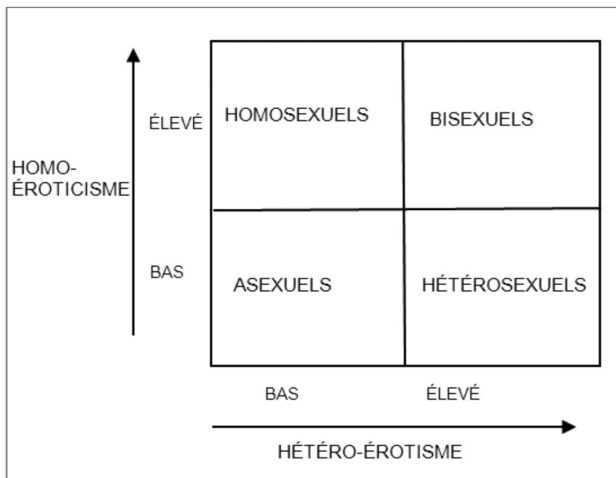
En langage courant, on entend les termes « homosexuel » et « hétérosexuel » utilisés comme si ceux-ci désignaient deux catégories de personnes distinctes. Or, l'orientation sexuelle ne se prête pas réellement à cette catégorisation binaire. Il est plus juste de conceptualiser l'orientation sexuelle en plusieurs dimensions indépendantes les unes des autres, les quatre plus courantes étant les suivantes : attirances sexuelles, attirances émotives, comportements sexuels et identification à un groupe (gai, lesbienne, bi, hétéro). Ce raffinement conceptuel est non seulement plus juste, mais il permet de se posi-

tionner librement selon chacune de ces dimensions, indépendamment des autres.

Ainsi, un homme n'éprouvant aucune attirance physique pour les femmes pourrait ne ressentir aucune, ou ressentir un peu ou beaucoup d'attirance physique pour les hommes. L'attirance envers un sexe est indépendante de l'attirance envers l'autre sexe, comme l'illustre Michael Storms (Storms, 1980) à la Figure 1.

FIGURE 1

Graphique orthogonal des attirances sexuelles de Storms

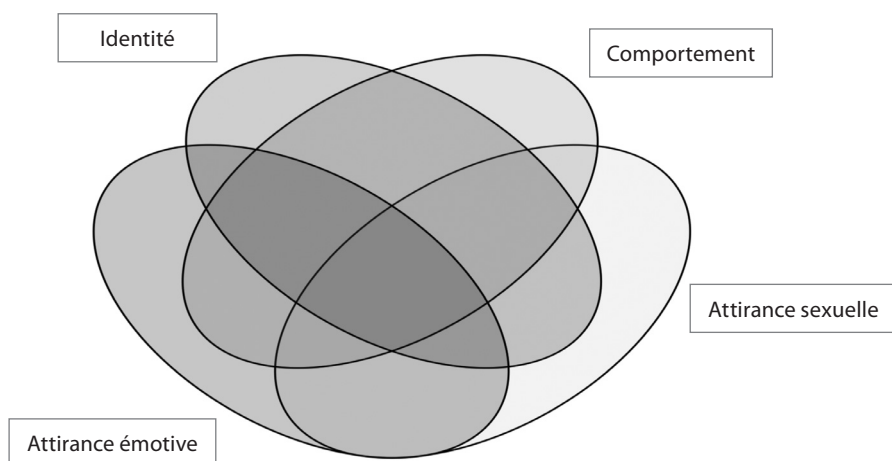


Entre elles, les différentes dimensions ne concordent pas nécessairement (Igartua *et al.*, 2009). Une femme qui tombe amoureuse d'une autre femme pourrait n'avoir aucune attirance sexuelle envers celle-ci ou en ressentir un peu ou beaucoup. Une autre femme pourrait n'avoir des rapports sexuels qu'avec des femmes même si elle ressent aussi du désir sexuel pour les hommes. L'attirance physique, l'attirance émotive, les comportements sexuels et l'identité d'orientation sexuelle peuvent coïncider, mais ce n'est pas toujours le cas. Le diagramme de Venn (Figure 2) illustre toutes les possibilités de concordance et de discordance entre ces concepts chez un individu à un moment donné de sa vie.

De plus, le parcours de nos patients nous montre qu'au gré des expériences de vie, l'érotisme évolue parfois. Les attirances pour un

FIGURE 2

Concordance et discordance entre l'attirance émotive, l'attirance sexuelle, les comportements sexuels et l'identité sexuelle



sexe ou l'autre s'intensifient ou s'amoindrissent au fil du temps. Par ailleurs, même si nous savons que l'érotisme peut être fluide, la majorité ne le ressent pas comme un choix. Aucune donnée ne permet de croire qu'on peut changer l'érotisme d'un patient. Les thérapies dites « de conversion » sont considérées comme non éthiques, car, d'une part, elles ne peuvent modifier l'érotisme et, d'autre part, elles sont dangereuses pour la santé mentale des patients puisqu'elles renforcent les sentiments de honte et de haine de soi (American Psychological Association, 2012; American Psychiatric Association, 2000).

Alors que l'étiologie de l'érotisme est fort probablement multifactorielle, l'identité adoptée et les comportements connexes sont socialement construits. La définition du concept de « gai » varie selon les cultures (Herdt, 1987), même si, dans toutes les cultures étudiées, on observe des comportements homosexuels (Ford et Beach, 1951). Pour les Nord-Américains, un homme est homosexuel s'il est amoureux d'un autre homme. Ailleurs, c'est le fait de se faire sexuellement pénétrer qui définit « l'homosexuel »; celui qui pénètre conserve une identité hétérosexuelle (Calhoun, 1993).

Pour les personnes à l'érotisme hétérosexuel, l'identification à l'hétérosexualité se fait plus ou moins inconsciemment. Très jeunes,

on nous apprend ce que nous sommes; il n'y a plus ensuite de remise en question. Pour les personnes issues de minorités sexuelles, la prise de conscience se fait graduellement: l'identité présumée n'est pas la bonne. L'orientation se découvre par un processus plus ou moins long, selon l'érotisme de l'individu et l'ouverture de son milieu à la diversité sexuelle. Le processus identitaire inclut plusieurs phases dont la confusion, la prise de conscience d'un homoérotisme, la comparaison avec des pairs hétérosexuels et homosexuels, le deuil des privilèges sociaux reliés à l'hétéronormativité et, enfin, l'acceptation et l'intégration de son orientation sexuelle minoritaire (Cass, 1979; Troiden, 1989).

Plusieurs critiques et de nombreuses propositions d'amélioration ont été proposées pour ces modèles de développement de l'identité homosexuelle: 1) ceux-ci négligent les identités bisexuelles et asexuelles; 2) ils font fi de la fluidité de la sexualité; 3) ils ne différencient pas nécessairement les parcours des hommes et des femmes; 4) ils ne tiennent pas compte de l'identité de genre; 5) ni de l'intersection entre multiples identités minoritaires (sexuelle, raciale, religieuse) (Groß *et al.*, 2006; Floyd et Bakeman, 2006; Kenneady et Oswalt, 2014). En revanche, ces modèles demeurent pertinents puisqu'ils mettent en lumière qu'un inconfort envers son homoérotisme est normal dans une société occidentale et que le questionnement par rapport à son identité sexuelle est un processus qui peut s'échelonner sur plusieurs mois, voire plusieurs années.

Le genre

Qu'est-ce qu'une femme? À première vue, cette question semble bien simple, mais il est impossible de cerner ce groupe à l'aide d'un seul critère, même biologique. En effet, il y a des femmes avec des chromosomes XY (syndrome d'insensibilité aux androgènes, par exemple), des femmes sans seins ou sans utérus, des femmes aux cheveux longs et d'autres aux cheveux courts, des femmes plus ou moins hirsutes, plus ou moins grandes. Le seul critère que l'on retrouve chez toutes ces femmes, c'est une identification comme femme. Ces femmes sont femmes parce qu'elles se sentent femmes. L'identité de genre est donc une croyance, une conviction. Nous en savons peu sur les facteurs qui conditionnent cette conviction, mais des recherches récentes laissent croire que celle-ci réside dans la microstructure du cerveau (Hanh *et al.*, 2014).

Quant au rôle de genre, il repose sur une construction sociale. Il y a des femmes plus ou moins autonomes, sensibles, fonceuses, conciliantes, altruistes. Il y a des femmes au foyer et d'autres qui dirigent de

grandes entreprises. À ce titre, l'évolution du rôle de la femme depuis les 60 dernières années est éloquent : ce qu'on attribue socialement à un genre n'est qu'une convention sociale, vouée à changer avec la société.

La conception binaire du genre ne reflète pas la réalité de la diaspora existante. À travers les époques et les cultures, on observe plusieurs exemples de personnes qu'il est difficile de catégoriser comme homme ou comme femme. Prenons par exemple les *hijra* en Inde, les *femminielli* en Italie, les *Ihamana* chez les Indiens zuñi du Nouveau-Mexique, les *Mahu* et les *RaeRae* en Polynésie française, les *fa'afafine* (Samoa), les bispirituels et les transsexuels en Amérique du Nord. Toutes ces personnes se caractérisent par une combinaison d'attributs physiques et psychiques, des vêtements et des rôles sociaux d'hommes et de femmes ainsi qu'une identité de genre qui leur est propre.

Les concepts d'« intersexe » ou de « trans » existent dans les cultures occidentales quand celles-ci reconnaissent que l'étiquette « homme » ou « femme » ne s'applique pas à tout le monde. Pourtant, cette classification est problématique puisqu'elle tente de résoudre le fait que les genres ne sont pas des catégories distinctes en ajoutant une troisième catégorie intermédiaire, mais encore distincte, plutôt que de penser en termes de diaspora. En effet, certains de nos patients sentent qu'ils ont une identité d'homme dans un corps de femme ; d'autres ne se sentent ni homme ni femme, ou partiellement homme et partiellement femme ; d'autres encore ne reconnaissent même pas le concept de genre. L'épithète *gender queer* est souvent utilisée par ceux qui n'adhèrent pas au concept binaire du genre.

Approche clinique

Sur le plan clinique, affirmer que la variété sexuelle et de genre existe de façon légitime et qu'aucune orientation ou identité n'est *de facto* problématique permet une exploration ouverte. Encore aujourd'hui, la population LGBT hésite à se révéler à un professionnel de la santé mentale. Il est donc important d'aborder tous les patients avec la même ouverture. La personne est alors libre d'explorer ses sentiments, ses pensées et ses attirances, sans jugements ni idées préconçues quant à l'issue de son cheminement. Partant de la prémisse que nous ne pouvons ni choisir ni changer la sexualité, l'épanouissement personnel se travaille par l'acceptation de soi et la négociation de relations harmonieuses avec l'entourage. À des fins de structure du texte, nous distin-

guérons l'évaluation initiale de la sexualité et de la détresse reliée du traitement subséquent, mais il faut souligner qu'une évaluation bien faite peut être thérapeutique en soi.

Évaluation

Lors de l'évaluation, on explorera le genre et l'érotisme, le stade du processus identitaire et le niveau d'homophobie ou de transphobie intériorisée (Peterkin et Ridson, 2003). L'objectif n'est pas seulement de décrire ces identités, mais de découvrir en quoi elles sont liées à la détresse qui pousse le patient à consulter. Les dimensions à explorer sont présentées dans le tableau 1.

TABLEAU 1

Dimensions à explorer lors de l'évaluation

L'identité de genre - Comment est-ce que je me conçois dans ma tête: homme, femme, les deux, aucun, autre? - Est-ce que je considère mes intérêts, mes aptitudes, mes réactions émotives comme plutôt masculines, féminines, les deux, aucune? - Comment est-ce que je me sens dans mon corps? - Suis-je à l'aise avec mon visage, mes formes, ma pilosité, ma voix, mes organes génitaux? Sinon, comment est-ce que je pourrais être plus à l'aise? - Comment est-ce que je me perçois dans mes interactions avec les autres? - Suis-je à l'aise avec la façon dont les autres me perçoivent?
L'érotisme (envers les hommes, les femmes, les deux, aucun, autre) - Envers qui ai-je de l'attraction physique/sexuelle? - Envers qui ai-je de l'attraction émotive/romantique? - Mes fantasmes sexuels impliquent qui? Quels sont mes comportements sexuels, seul et avec les autres? - Quelle est la nature de mes relations amoureuses?
Processus identitaire et niveau d'homophobie ou de transphobie intériorisée - Comment est-ce que je m'identifie? Homme, femme, trans, cis, intersexe, <i>gender queer</i>, pas certain? Gai, lesbienne, bisexuel, hétéro, pas certain? - Quel est mon degré de certitude quant à ces identités? - Quel est mon degré de confort devant ces identités? Honte, résignation, tolérance, acceptation, fierté? - Est-ce facile de dévoiler ces identités à mes amis? À ma famille? À mes collègues? - Est-ce que je crois qu'il y a des choses auxquelles je n'ai pas droit ou des objectifs de vie que je ne peux pas atteindre en raison de ces identités (bonheur, relation amoureuse, famille, emplois donnés, succès)? - Est-ce que je m'attends à être accepté ou j'anticipe plutôt le rejet en raison de ces identités? Sur quoi est-ce que je me base?

Traitement

Le traitement peut comprendre plusieurs volets : éduquer à la diversité sexuelle, déconstruire les mythes entourant les minorités sexuelles, panser les blessures narcissiques et relationnelles dues à l'homophobie et analyser les pertes et les gains individuels, familiaux et sociaux liés à la décision de vivre de façon authentique (Evosevich et Avriette, 2000). Ces interventions se déroulent sous forme de thérapie individuelle ou de groupe.

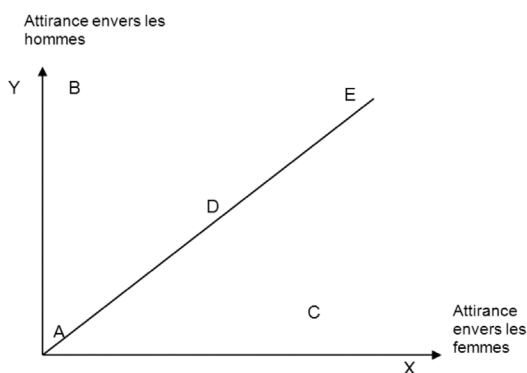
Éduquer à la diversité sexuelle

Un premier niveau d'intervention consiste à éduquer à la diversité sexuelle, tant en ce qui a trait aux composantes de l'orientation sexuelle qu'aux identités de genre, comme on l'a décrit plus haut.

Lorsque l'inconfort est plutôt lié à l'érotisme, il est utile de présenter les attirances envers les hommes et les femmes comme deux pulsions distinctes et indépendantes l'une de l'autre. Pour faciliter la compréhension, nous proposons un plan cartésien (Figure 3) avec, à l'axe des abscisses (x), l'attraction envers les femmes et, à l'axe des ordonnées (y), l'attraction envers les hommes.

FIGURE 3

Représentation sur plan cartésien des attirances envers les hommes et les femmes



L'asexuel se trouve au point 0,0 (A). En se déplaçant vers le haut, l'attraction envers les hommes croît (B). En se déplaçant vers la droite, l'attraction envers les femmes augmente (C). L'égalité des deux attirances se situe sur la diagonale, mais avec des degrés d'intensité de

désir variés (D et E). Après le lui avoir présenté, on demande au patient de se situer sur le plan. Les points sur le plan étant infinis, le graphique montre concrètement qu'il y a une infinité de possibilités pour chaque individu.

Il est aussi thérapeutique de valider la possibilité de non-concorde entre les diverses composantes de l'orientation sexuelle (attirance sexuelle, attirance émotive, comportement, identité). En effet, on peut refaire l'exercice du plan cartésien pour les attirances émotives et les comportements. On compare ainsi les trois plans. L'identité d'orientation sexuelle ne concorde pas nécessairement avec ces dimensions et on peut utiliser le diagramme de Venn présenté plus haut pour illustrer la situation.

Lorsque le questionnaire porte plutôt sur l'identité de genre, présenter un modèle non binaire du genre peut donner une permission et la liberté d'être soi-même, sans sentir la nécessité de se conformer à une norme préétablie. À cette fin, on peut aussi utiliser un plan cartésien avec le féminin sur un axe et le masculin sur l'autre. On fait l'exercice une première fois afin de se situer au chapitre de l'identité et ensuite, de nouveau, pour les rôles.

Déconstruire les mythes pour réduire l'homophobie ou la transphobie

Nous sommes tous victimes de mythes sur les minorités sexuelles. Pour les personnes issues de ces minorités, ces mythes contribuent parfois à créer une mauvaise image de soi. Une approche cognitive permet de mettre en lumière les généralisations, les conclusions hâtives, les abstractions sélectives et autres distorsions cognitives indissociables du mythe.

Ainsi, entend-on souvent que les comportements homosexuels ne sont pas « naturels ». Ce mythe n'est possible qu'à la condition de faire abstraction des comportements homosexuels que l'on croise dans toutes les cultures humaines, toutes époques confondues, et chez tous les mammifères, oiseaux et reptiles (Bagemihl, 1999). On entend aussi que l'homosexualité, ce n'est pas « normal ». On doit alors définir ce qu'on entend par « normal ». Certes, par rapport à une norme, l'homosexualité et la transsexualité sont des phénomènes minoritaires, tout comme les yeux bleus ou l'intelligence supérieure. Cependant, être minoritaire ne constitue pas un défaut en soi. Si par « normal », on entend plutôt « moral », alors on peut examiner quel principe moral on croit enfreindre en aimant quelqu'un du même sexe. Si l'on fait référence au dessein d'un dieu, un survol des attitudes des différentes

religions relativement à l'homosexualité révèle que les humains de diverses confessions ont interprété différemment la volonté des dieux à cet égard.

D'autres mythes – « Les homosexuels sont tous des obsédés sexuels », « Les femmes deviennent lesbiennes à la suite de mauvaises expériences avec les hommes », « Les trans sont des personnes instables » – découlent habituellement de l'ignorance et de la xénophobie. Rencontrer des personnes issues de ces minorités permet de venir à bout de ces généralisations. Il est donc utile d'aiguiller la personne qui consulte vers des groupes communautaires afin que celle-ci puisse se bâtir un réseau social. Grâce à la fréquentation de groupes de loisir ou de discussion pour personnes LGBT, elle pourra côtoyer des individus qui partagent les mêmes intérêts et vaincre ainsi ses préjugés.

Déconstruire les mythes homophobes et transphobes avec un thérapeute peut permettre à l'individu de changer positivement sa vision de lui-même. Pour d'autres, ce changement cognitif ne sera pas suffisant pour apaiser la détresse. Il faudra alors explorer comment l'homophobie sociétale a teinté les relations avec les autres et l'impact de cela sur la construction identitaire.

Panser les blessures narcissiques et relationnelles dues à l'homophobie ou la transphobie

Ne pas correspondre à ce que ses parents, sa famille et la société avaient prévu ou même souhaité pour nous peut laisser des séquelles psychologiques : on peut se voir comme étant défectueux, honteux, impossible à aimer, indigne du bonheur (Margolies, Becker et Jakson-Brewer, 1987).

Si les parents, plutôt que de protéger l'enfant, ont contribué, même à leur insu, à l'opprimer, celui-ci pourra développer des schèmes relationnels où il fait difficilement confiance, où les figures d'autorités sont perçues comme un danger.

Si les parents étaient mal à l'aise en présence d'un érotisme infantile normal envers le parent du même sexe, l'enfant aura appris à refouler ses pulsions afin de préserver la relation. Ainsi, à l'âge adulte, il risquera de dissocier intimité physique et intimité émotive dans son mode relationnel, rendant la sexualité possible seulement lorsque l'attachement est absent (Isay, 1989).

La thérapie vise à reconnaître ces schèmes et à en découvrir les racines dans les expériences d'homophobie antérieures avec la famille et la société. L'espace thérapeutique sert ensuite de lieu de pratique afin de vivre des expériences émotionnelles correctrices. Par exemple, le

thérapeute pourra représenter une figure d'autorité accueillante ou encore un objet de désir sexuel tout en maintenant une intimité psychique.

*Vivre de façon authentique (et faire un coming out) :
analyser le pour et le contre*

Dans les domaines psychologique et relationnel, il peut y avoir des gains énormes à vivre en accord avec le genre ressenti et son érotisme : ne pas se cacher, cesser d'avoir honte, se savoir aimable, s'investir dans ses relations. Cependant, selon les circonstances sociales, culturelles et familiales, cette authenticité peut coûter très cher. On risque en effet de perdre son emploi, le soutien familial, son héritage, sa communauté, sa sécurité émotive, voire physique.

En général, moins on a d'autonomie et de pouvoir, plus on est vulnérable et sensible à la discrimination. Prenons l'exemple d'un adolescent issu d'une famille conservatrice, où la religion et les apparences sociales sont très importantes. Un *coming out* pourrait coûter sa famille et son toit à ce dernier. Il pourrait se retrouver à la rue et devoir se prostituer pour survivre. En effet, les jeunes issus de minorités sexuelles sont plus à risque de vivre sans abri que les jeunes hétérosexuels (Krucks, 1991). Au secondaire, un *coming out* peut être synonyme de suicide social si le milieu est très homophobe. En effet, nous avons constaté que l'identification comme LGB, et non la présence d'homoérotisme, intensifiait l'effet de la discrimination et augmentait le risque de suicide chez les adolescents (Zhao *et al.*, 2010). Selon les circonstances, il n'est donc pas toujours prudent de s'afficher comme appartenant à une minorité sexuelle. L'analyse du pour et du contre devra inclure une évaluation du danger tant émotif que physique lié au dévoilement de son orientation sexuelle ou de son identité de genre.

Pour un adulte, les risques associés à la décision de s'affirmer s'analysent selon la stabilité d'emploi et l'ouverture du milieu de travail, la dépendance émotive envers la famille d'origine et le degré d'ouverture de celle-ci à la différence, l'importance de l'appartenance à une communauté culturelle ou religieuse et les attitudes de celle-ci, etc. Il faut aider la personne, en examinant des faits précis, à évaluer justement le degré de risque. Certains le surestiment, conditionnés par leur propre homophobie intériorisée, d'autres, au contraire, le sous-estiment, animés plutôt par un désir de rectitude politique. Il y a encore de la discrimination dans diverses couches de la société, même au Québec. Chaque personne doit faire ses choix de vie en ayant pleinement

conscience des gains et des pertes associés aux réactions de la société relativement à ce qu'elle est.

Interventions familiales

Chez les adultes affranchis, le travail individuel peut suffire. Chez les adolescents, où la dépendance envers les parents est encore grande, il est utile de travailler avec la famille. On éduque sur la diaspora sexuelle, on fournit un espace pour faire le deuil de l'enfant espéré et des outils pour soutenir la transition sexuelle du jeune. Le soutien parental est primordial puisqu'il s'agit d'un facteur de protection contre la dépression, l'abus de substances et les idées suicidaires. Il contribue de plus à une meilleure estime de soi chez les jeunes issus de minorités sexuelles (Ryan, 2010).

Lorsqu'une personne fait un *coming out* comme homosexuel ou transgenre, dans le cadre d'une union hétérosexuelle importante, le partenaire de vie pourrait aussi bénéficier d'une intervention. Dans ce cas, on fournit un espace pour exprimer la colère, faire le deuil de la relation conjugale antérieure et panser les blessures causées par le secret et la trahison. Afin de restaurer l'empathie entre les partenaires, on ajoute une éducation à la diversité sexuelle et une conscientisation des pressions sociales poussant les individus à adopter une vie cisgenre hétérosexuelle malgré une sexualité autre. Finalement, on explore la possibilité de préserver ou non une relation conjugale modifiée (Buxton, 1991).

Interventions de groupe

L'intervention de groupe, en plus d'être rentable, est souvent plus puissante que la thérapie individuelle. D'une part, le groupe permet de vivre une expérience d'appartenance qui manque souvent aux personnes issues de minorités sexuelles. Pour certains de nos patients, ces groupes ont été l'occasion d'un premier contact avec d'autres personnes partageant le même type de sexualité. D'autre part, comme les individus du groupe n'en sont jamais exactement au même stade de leur processus identitaire, on recrée une dynamique familiale où ceux qui en sont au début de leur cheminement profitent des expériences des autres, qui bénéficient, à leur tour, de la possibilité de partager leur expérience.

Au COSUM, nous avons conçu et offert plusieurs interventions de groupe. Une thérapie psychoéducative et cognitive donnée sur huit semaines vise l'éducation à la diversité sexuelle, la déconstruction des

mythes et l'analyse du pour et du contre au chapitre d'un mode de vie authentique. Nous y abordons la diaspora de genre et d'orientation, un modèle du développement identitaire, les manifestations et les effets de l'homophobie, le concept de vulnérabilité-stress-résilience associé au stress minoritaire, les techniques de thérapie cognitive liées aux mythes homophobes ainsi que les risques, les avantages et les stratégies découlant d'un *coming out* dans diverses sphères de la vie.

Le groupe de psychodrame s'étale aussi sur huit semaines. Il s'agit d'une approche créatrice que nous avons utilisée pour explorer l'identité de genre. Les jeunes apprivoisent les concepts d'identité et de rôles de genres à travers des activités projectives (création de masques, jeux de rôles, sculptures humaines).

Finalement, une thérapie d'approche psychodynamique permet de panser des blessures narcissiques et relationnelles dues à l'homophobie. Cette thérapie de 35 semaines par année s'accompagne de la possibilité de revenir au groupe pour un maximum de trois années. À travers leurs interactions avec d'autres membres du groupe, les participants reconnaissent leurs émotions, définissent leurs modes relationnels dysfonctionnels et mettent en pratique de nouvelles façons, plus saines, d'entrer en relation.

Conclusion

Cet article se veut un partage de notre expérience clinique auprès des patients issus de minorités sexuelles. Notre souhait? Que tous les cliniciens finissent par être à l'aise quand il s'agit de travailler avec cette population. Les concepts théoriques et cliniques présentés dans cet article fournissent un cadre de référence permettant d'évaluer et de traiter la personne qui consulte au sujet d'une difficulté liée à son orientation sexuelle ou à son identité de genre. De plus, ils proposent une attitude clinique grâce à laquelle tout professionnel de la santé peut créer un espace où la personne qui consulte pour d'autres problèmes de santé mentale courants est à l'aise et se sent libre de parler d'enjeux d'ordre sexuel. Le professionnel peut donc effectuer ses évaluations et dresser son plan de traitement en toute confiance puisque la vaste majorité de nos compétences portant sur la détresse humaine sont parfaitement applicables à cette population.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association (1974). « Position statement on homosexuality and civil rights », *American journal of psychiatry*, 131 : 497.
- American Psychiatric Association (2000). « Position statement on therapies focused on attempts to change sexual orientation (reparative or conversion therapies) », *American journal of psychiatry*, 157(10), 1719-1721.
- American Psychologist (janvier 2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients, 67, page consultée en janvier 2012 : <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx>
- Bagemihl, B. (janvier 1999). *Biological Exuberance: Animal Homosexuality and Natural Diversity*, St. Martin's Press.
- Buxton, A. P. (1991). *The Other Side of the Closet: The Coming-Out Crisis for Straight Spouses and Families*, Jown Wiley and Sons.
- Calhoun, C. (octobre 1993). « Denaturalizing and Desexualizing Lesbian and Gay Identity », *Virginia Law Review.*, vol. 79, n° 7, Symposium on Sexual Orientation and the Law, p. 1859-1875, <http://links.jstor.org/sici?sici=0042-6601%28199310%2979%3A7%3C1859%3ADADLAG%3E2.0.CO%3B2-7>
- Cass, V. (1979). « Homosexual identity formation: A theoretical model », *Journal of Homosexuality*, 4(3), 219-235.
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Starks, M. T. (2006). « Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth », *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 1462-1482.
- Evosevich, J.M., Avriette, M. (2000). *The gay and lesbian Psychotherapy treatment planner*, Jown Wiley and Sons.
- Floyd F. J. et Bakeman, R. (2006). « Coming out across the life course: implication of age and historical context », *Archives of Sexual Behaviour*, 35, 287-296.
- Ford, C.S., Beach, F.A. (1951). *Patterns Of Sexual Behavior*, First Edition, United States, Harper & Brothers.
- Grov, C., Bimbi, D.S., Nanin J.E. et Parsons J.T. (2006). « Race, ethnicity, gender and generational factors associated with the coming out process among gay, lesbian and bisexual individuals », *Journal of Sex Research*, 41, 115-121.
- Hahn, A., Kranz, G.M., Küblböck, M., Kaufmann, U., Ganger, S., Hummer, A., Seiger, R., Spies, M., Winkler, D., Kasper, S., Windischberger, C., Swaab, D.F. et Lanzenberger, R. (2014). « Structural Connectivity Networks of Transgender People », *Cereb. Cortex*, première publication en ligne le 12 septembre 2014, doi:10.1093/cercor/bhu194
- Herd, G. (1987). *The Sambia: Ritual and Gender in New Guinea*, Harcourt, Brace Jovanovich.
- Herek, G.M., Garnets, L.D. (2007). « Sexual orientation and mental health », *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 353-375.
- Igartua, K., Gill, K., Montoro, R. (2003). « Internalized Homophobia: A Factor in Depression, Anxiety, and Suicide in the Gay and Lesbian Population »,

- Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 22, page consultée le 15 septembre 2015: <http://cjcmmh.com/doi/abs/10.7870/cjcmmh-2003-0011>
- Igartua, K., Thombs, B.D., Burgos, G. et Montoro, R. (juin 2009). «Concordance and Discrepancy in Sexual Identity, Attraction, and Behavior Among Adolescents», *Journal of Adolescent Health*, 45(6), 602-608.
- Isay, R. A. (1989). *Being Homosexual: Gay men and Their Development*, Farrar, Straus, Giroux.
- Kennedy, D. A. et Oswalt, S. B. (2014). «Is Cass's model of homosexual identity formation relevant to today's society?», *American Journal of Sexuality Education*, 9, 229-246.
- Kimber, S. et Delgado-Romero, E.A. (avril 2011). «Sexual orientation micro-aggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy», *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 210-221.
- Kruks, G. (novembre 1991). «Gay and lesbian homeless/street youth: Special issues and concerns», *Journal of Adolescent Health*, 12(7), 515-518.
- Margolies, Becker et Brewer, J. (1987). «Internalised homophobia: identifying and treating the oppressor within», in *Lesbian Psychologies, Explorations & Challenges*, University of Illinois Press.
- Peterkin, A et Ridson, C. (2003). *Caring for lesbian and gay people: A clinical guide*, University of Toronto press.
- Ryan, C., Russell, S.T., Huebner, D., Diaz, R. et Sanchez, J. (15 novembre 2010). «Family Acceptance in Adolescence and the Health of LGBT Young Adults», Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213.
- Storms, M.D. (mai 1980). «Theories of sexual orientation», *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(5), 783-792.
- Troiden, R.R. (1989). «The formation of homosexual identities», *J. Homosex*, 17(1-2), 43-73.
- Zhao, Y., Montoro, R., Igartua, K. et Thombs, B.D. (février 2010). «Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting "unsure" sexual identity or heterosexual identity plus same-sex attraction or behavior: forgotten groups?», *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(2), 104-113.

Repenser le sexe, le genre et l'orientation sexuelle

Michel Dorais^a

RÉSUMÉ Des travaux pionniers développés au cours des dernières décennies permettent de concevoir les notions de sexe, de genre et d'orientation sexuelle de façon à dépasser le traditionnel modèle binaire. De manière générale, les professionnels de la santé et des services sociaux tardent toutefois à prendre acte de ce changement de paradigme qui fait une large place à la diversité humaine, et beaucoup moins à la marginalisation ou à la pathologisation des différences. Dans le présent article, seront notamment présentés les travaux d'Alfred Kinsey, de Sandra Bem et d'Anne Fausto-Sterling, portant respectivement sur l'orientation sexuelle, le genre et le sexe. Il sera proposé d'inclure leurs contributions (et celles de leurs successeurs) dans un modèle tenant compte à la fois de la diversité et de la fluidité susceptibles d'être présentes dans les identités et les expressions de soi relatives au sexe, au genre et à l'orientation sexuelle.

MOTS CLÉS identité, sexe, genre, orientation sexuelle, diversité

Rethinking identity

ABSTRACT Pioneering work conducted over the past decades used to design sex, gender and sexual orientation in order to go beyond the traditional binary model. In general, professionals in the health and social services, however, are a little bit slow to take note of this paradigm shift making more space for human diversity, and much less to the marginalization or pathologizing of differences. In this article, the work of Alfred Kinsey, Sandra Bem and Anne Fausto-Sterling will be especially presented, respectively on sexual orientation, gender and sex. It will be proposed to include their contributions (and also those of their successors) in a model taking

a. Sociologue de la sexualité – Professeur titulaire, École de service social, Université Laval, Québec.

into account both the diversity and the fluidity that may be present in identities and self-expressions related to sex, gender and sexual orientation.

KEYWORDS identity, sex, gender, sexual orientation, diversity

Vignettes cliniques

Nathalie, 12 ans, que ses parents décrivent comme « tomboy », refuse depuis son tout jeune âge de se vêtir en fille, ce qui provoque un problème à l'école privée où elle entreprend son cours secondaire. On y exige en effet qu'elle porte la tenue obligatoire réservée aux filles composée d'une jupe et d'un blazer. Or, Nathalie insiste pour porter uniquement le pantalon.

Assignée garçon à la naissance, Sacha, 13 ans, affirme être une fille et réclame d'être ainsi considérée par ses parents et par son école. Sacha ne considère pas pour autant être une personne transsexuelle¹, étant déjà une femme dans son esprit. L'enfant souhaiterait être traitée sur le plan hormonal pour ne pas avoir de puberté masculine et ainsi gagner du temps avant de pouvoir, une fois adulte, entreprendre une transition de sexe.

Dominique, 15 ans, est née intersexuée. Sur le conseil de médecins, ses parents l'ont élevée en la considérant comme une fille. À la puberté, sa physionomie se masculinise. Dominique croit que c'est la raison pour laquelle, après avoir fréquenté des garçons, elle est de plus en plus attirée par les filles. Elle se demande si elle ne serait pas un garçon hétérosexuel plutôt qu'une fille bisexuelle.

Introduction

Chercher des réponses et des solutions aux trois situations précédentes exige de remettre en question la logique binaire selon laquelle on serait homme ou femme, masculin ou féminin, hétérosexuel ou homosexuel, exclusivement, le sexe, le genre et l'orientation sexuelle étant définis par opposition de caractéristiques contraires. Les cas de Nathalie, de Sacha et de Dominique montrent en effet que les repères identitaires

1. Nous utiliserons à dessein dans le présent texte les termes transsexualité et transgenrisme afin d'aider à différencier, lorsque requis, ce qui est de l'ordre du sexe assigné et ce qui est de l'ordre du genre ressenti ou exprimé. Le terme fédérateur de transidentité peut, cela dit, être appliqué aux deux réalités.

traditionnels ne collent pas au vécu de nombreux jeunes qui, à bon droit, aspirent à être eux-mêmes.

Les professionnels de la santé et des services sociaux portent hélas un lourd héritage en ce qui concerne la prise en compte de la diversité sexuelle. C'est respectivement en 1973 et 1974 que l'American Psychiatric Association et l'American Psychological Association enlevèrent l'homosexualité de la liste des désordres mentaux (Bayer, 1981 ; Terry, 1999). En revanche, une attention accrue fut accordée à partir de ces années-là au diagnostic du « trouble de l'identité de genre² » chez les enfants et adolescents, ce qui donna lieu à une intolérance exacerbée relativement à l'expression de la diversité chez les jeunes. Des dizaines de milliers d'enfants et d'adolescents furent soumis à des thérapies coercitives, parfois même internés (la seule « fuite » possible fut dans certains cas le suicide), afin de corriger leur prétendue déviance aux normes de genre (Burke, 1996). Ce n'est que tout récemment, en août 2015, que l'American Psychological Association a émis des lignes directrices afin de corriger le tir de façon draconienne, dans un document reconnaissant que la stigmatisation subie par les jeunes non conformistes sur le plan du genre doit être combattue et que ces derniers doivent être soutenus dans l'expression légitime d'eux-mêmes (APA, 2015).

Des travaux pionniers menés au cours des dernières décennies peuvent nous aider à changer notre façon de concevoir l'identité de sexe, l'identité de genre, l'orientation sexuelle et leurs expressions respectives. Mieux comprendre ce tournant conceptuel est le propos du présent article. Nous présenterons notamment les travaux d'Alfred Kinsey, de Sandra Bem et d'Anne Fausto-Sterling, lesquels ont respectivement participé à une révolution dans la façon de concevoir l'orientation sexuelle, le genre et le sexe. Nous proposerons d'inclure leurs contributions dans un modèle dit orthogonal, qui tient compte à la fois de la multiplicité et de la fluidité des identités de sexe ou de genre et de l'orientation sexuelle. Le but de cet article est donc d'effectuer une synthèse pour les intervenants dans le domaine de la santé et des services sociaux qui ont à composer avec la diversité sexuelle.

Afin d'éviter toute confusion, un petit détour s'impose en ce qui concerne les termes choisis, compte tenu des définitions multiples, et parfois contradictoires, de certains d'entre eux. Les notions de sexe et

2. Dans de plus récentes versions du DSM, le terme fut remplacé par « dysphorie de genre ».

de genre, en particulier, sont souvent confondues. Dans le présent article, le sexe d'une personne désignera essentiellement les caractéristiques physiologiques qui font en sorte qu'elle a été désignée à sa naissance comme étant de sexe mâle, femelle, indéterminé, ou encore comme étant intersexuée. L'identité de sexe³ fait, quant à elle, référence à la conscience ou la conviction d'appartenir à une catégorie de sexe, qui peut ne pas être celle que l'on nous a assignée, soulignons-le. Le genre, lui, est plutôt d'ordre social et culturel. Il réfère à ce qui est considéré comme masculin ou féminin dans une société donnée à un certain moment de son histoire. Selon le psychiatre Robert Stoller, un des premiers à avoir défini ce terme⁴, l'identité de genre désigne « les degrés différents de masculinité et de féminité que l'on peut trouver chez une personne » (Stoller, 1989, p. 21), y compris du point de vue de cette personne, me permettrai-je d'ajouter. L'identité de genre ne doit pas être confondue avec le rôle de genre, c'est-à-dire les conduites et les attitudes que la personne adopte pour exprimer son identité de genre. En effet, le genre que l'on ressent et celui que l'on exprime devant autrui peuvent être différents : par exemple, un homme peut se sentir très féminin intérieurement et néanmoins se comporter en société de manière très virile afin de ne pas laisser paraître cet aspect de son intériorité.

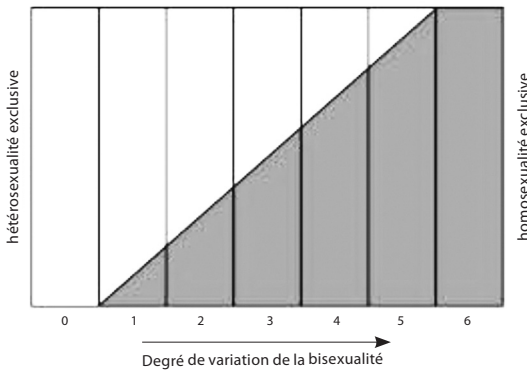
L'orientation sexuelle

Pionnier de la sexologie et de la sociologie de la sexualité, Alfred Kinsey fonda en 1947 *The Institute for Sex Research* (qui sera après sa mort rebaptisé *Kinsey Institute for Research in Sex, Gender and Reproduction*). Grâce à de généreuses subventions de la Fondation Rockefeller, il se lança dans une très vaste enquête sur les pratiques sexuelles de milliers d'hommes et de femmes, une première mondiale qui aboutit à la publication de deux ouvrages marquants (Kinsey, 1948 ; Kinsey, 1954).

-
3. L'expression « identité de sexe » comme conscience de faire partie d'une classe de sexe aurait été proposée pour la première fois par l'anthropologue Nicole-Claude Mathieu (1991, p. 231). Elle est préférable à « identité sexuelle », dont les définitions sont fluctuantes.
 4. Cela dit, le psychiatre Richard Green utilisait déjà le terme auparavant, mais comme synonyme d'identité sexuelle, dans laquelle il incluait en fait trois choses : la conviction d'être mâle ou femelle, le fait d'avoir une conduite associée à ce qui est culturellement masculin ou féminin, enfin la préférence pour des hommes ou des femmes comme partenaires sexuels (voir Green, 1974, p. XV).

FIGURE 1

Échelle de Kinsey



Afin de tenir compte des réponses de ses milliers de répondants à propos de leurs conduites et leurs attirances sexuelles, Kinsey dut innover sur le plan conceptuel en inventant ce que l'on appelle depuis l'échelle de Kinsey, traduite et reproduite dans la figure 1.

Cette échelle rompt avec la façon binaire jusque-là en vigueur de penser l'orientation sexuelle. En conformité avec ses données, qui montraient que beaucoup de femmes et d'hommes étaient à divers degrés bisexuels, Kinsey proposa en effet de concevoir l'hétérosexualité et l'homosexualité comme les pôles d'un continuum. Beaucoup de personnes plutôt hétérosexuelles révélaient en effet avoir eu des relations homosexuelles de façon plus ou moins occasionnelle et, inversement, des personnes plutôt homosexuelles avaient eu des rapports hétérosexuels.

Dans leur ouvrage résultant aussi d'une très vaste enquête, *The Social Organisation of Sexuality*, les chercheurs Edward O. Laumann, John H. Gagnon, Robert T. Michael et Stuart Michaels (1994) ont, quatre décennies plus tard, montré qu'on pouvait non seulement concevoir l'orientation sexuelle comme un continuum, mais aussi comme la somme de trois composantes : le désir, la conduite et l'identité (prise dans le sens d'une auto-identification selon les affinités érotiques que l'on ressent). Or, désir, conduite et identité ne se recoupent pas forcément : on peut désirer certaines personnes sans nécessairement actualiser ces désirs, comme on peut avoir des rapports sexuels avec des gens qu'on ne désire pas. De surcroît, ni les désirs ni les comportements sexuels ne prescrivent forcément une identité : à la limite,

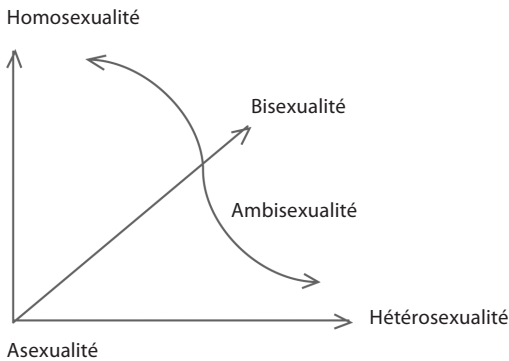
on peut avoir la conviction d'être homosexuel ou hétérosexuel sans jamais avoir eu une relation, ni même un désir, de cette nature. Selon les résultats obtenus par cette équipe de chercheurs, seulement 15 % des femmes et 24 % des hommes interrogés qui avaient des conduites et/ou des désirs homosexuels s'identifiaient comme homosexuels (voir Laumann *et al.*, 1994 ; p. 298-301). L'homosexualité identitaire ne serait pas une chose qui va de soi.

L'orientation sexuelle peut désigner en somme les affinités identitaires, les désirs ou les conduites sexuelles d'une personne selon son sexe et le sexe de ses partenaires, fussent-ils fantasmés. Notons que l'expression *préférence sexuelle*, avec laquelle elle est parfois confondue, possède une signification beaucoup plus large. Cette dernière inclut en effet les goûts et les pratiques qui actualisent l'orientation sexuelle : par exemple, les particularités recherchées chez ses partenaires selon leur âge et leur morphologie, ou encore selon les activités érotiques souhaitées avec eux. Quant aux attirances sexuelles, on pourrait dire qu'elles se situent « en amont », puisque c'est leur émergence et surtout leur directionnalité qui donnent à penser qu'on aurait une orientation sexuelle. Enfin, une orientation sexuelle peut être exprimée ou affirmée (et non « avouée », comme on l'entend trop souvent encore : tous les dictionnaires le confirment, on avoue une faute ou un crime, ce que l'orientation sexuelle n'est absolument pas), ou non.

Une orientation sexuelle est dite hétérosexuelle si elle porte sur des personnes de « l'autre sexe⁵ » ; homosexuelle, si elle porte sur des personnes du « même sexe » ; bisexuelle, si elle porte sur des personnes des « deux sexes ». On pourrait ajouter à cette liste l'orientation ambisexuelle dans le cas où il y a hésitation ou questionnement sur le sexe qui nous attire, et orientation autosexuelle si l'attirance est centrée sur son propre corps uniquement. Une orientation est asexuelle s'il y a absence d'inclinaison sexuelle, ce qui arrive aussi. Toutes ces inclinaisons peuvent varier en intensité non seulement selon les personnes, mais également selon les différentes étapes de leur vie. En effet, si les changements forcés d'orientation sexuelle sont à proscrire (et le sont nommément par l'APA, 2009), il advient que des individus constatent des changements, fortuits ou graduels, dans leurs attirances sexuelles, que ce soit sur le plan de l'orientation ou des préférences qui en découlent.

5. Dans la mesure où l'on croit qu'il n'y en a que deux, bien sûr (nous y revenons).

FIGURE 2

Modèle orthogonal de l'orientation sexuelle

Afin de tenir compte de la diversité et parfois de la fluidité de l'orientation sexuelle, nous proposons le schéma esquissé dans la figure 2. Le modèle suggéré permet non seulement de situer l'orientation sexuelle sur un continuum, comme le proposait Kinsey, mais aussi dans un cadre bidimensionnel comme le suggéra par la suite le psychologue Michael Storms (1980).

Le genre

Vingt ans après les avancées de Kinsey, une psychologue américaine va à son tour provoquer une petite révolution, cette fois dans la façon de percevoir le genre. En 1974, Sandra Bem (1974) publiait en effet un article pionnier portant sur l'androgynie, dans lequel elle affirme que la masculinité et la féminité ne sont pas des opposés, comme on le croyait jusqu'alors, mais plutôt des continuums, qui peuvent même se superposer. Au même moment, le psychobiologiste Richard Whalen (1974), bien qu'ignorant apparemment les travaux de Sandra Bem, propose, à partir de ses travaux sur des animaux de laboratoire, un modèle dit orthogonal du genre. Les figures 3 et 4 résument ces apports.

Les retombées des publications de Bem et de Whalen vont s'avérer importantes, notamment en raison du moment où ces idées surviennent, en plein essor de la révolution sexuelle et du mouvement des femmes, qui remettent tous deux en question les stéréotypes de genre. L'androgynie, qui peut avoir divers degrés, apparaît dès lors comme

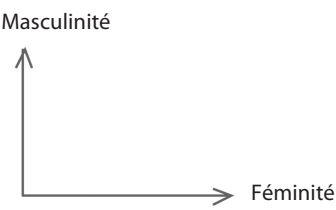
FIGURE 3

Modèle des continuums superposés inspiré de Sandra Bem

Continuum de féminité: -Féminin <-----> + Féminin
Continuum de masculinité: -Masculin <-----> + Masculin

FIGURE 4

Modèle orthogonal inspiré par les travaux de Richard Whalen



une composante non seulement légitime, mais saine, souligneront des travaux ultérieurs de Sandra Bem (1975).

Le genre reposant sur des repères et des normes sociales ou culturelles elles-mêmes changeantes, il est plus subjectif et fluide que le sexe biologique. Quant à l'identité de genre, elle découle en somme d'une perception de soi, ou d'autrui, comme possédant, à des degrés divers, des caractéristiques féminines, masculines, ou androgynes. L'identité de genre se manifeste souvent (mais pas forcément, une personne pouvant tenir secret son sentiment intime en ce qui concerne son genre) dans ce que l'on appelle le *rôle de genre*, qui s'exprime par l'apparence, la gestuelle, l'habillement, et tout ce qu'on donne à voir dans l'expression de soi. Comme le genre masculin et le genre féminin ne sont pas hermétiques, il peut y avoir passage de l'un à l'autre, ce que l'on appelle le transgenrisme. Puisqu'on retrouve une grande diversité de situations sous le terme *transgenre*, quelques définitions sommaires, dans l'encadré A, permettront de s'y retrouver.

Encadré A – Quelques types de transgenrisme

Gender bender (ou gender queer) : personne qui transgresse à dessein les normes binaires et les stéréotypes de genre, que ce soit dans un objectif de libération personnelle ou de contestation artistique, sociale ou politique.

Travesti-e : personne qui, de façon occasionnelle (par exemple, lors de relations sexuelles ou dans le cadre de sa vie privée uniquement) ou permanente, exprime par son vêtement et son apparence un rôle de genre qui, selon les stéréotypes culturels en vigueur, ne correspondrait pas à son sexe (par exemple, un homme qui porte des robes, une femme qui porte uniquement des vêtements masculins, souvent afin de « passer pour » une personne de « l'autre sexe »).

Transformiste : artiste qui fait comme métier de reproduire, le plus fidèlement possible et à des fins de divertissement, des personnalités ou des personnages qui ne sont pas du même sexe que lui ou elle. Ainsi, un transformiste de sexe masculin imitera par exemple Madonna ou Cher, alors qu'une transformiste de sexe féminin imitera plutôt Justin Bieber ou Elvis Presley.

Drag queen et drag king : artistes comiques qui, dans le cadre de spectacles, imitent ou créent des personnages n'étant pas du même sexe qu'eux en exagérant sciemment, et souvent outrancièrement, la féminité (dans le cas des drag queens) ou la masculinité (dans le cas des drag kings) desdits personnages.

Enfin, les personnes **non conformistes** ou **créatives sur le plan du genre**, sans doute les plus nombreuses, ne sont pas forcément transgenres. Par leur façon néanmoins de transgresser, sciemment ou pas, et de diverses façons, les normes et les stéréotypes de genre, elles rappellent qu'il existe une infinie variété dans l'expression possible du masculin et du féminin, ou de l'androgynie, chez un être humain.

Ce sont en bonne partie les écrits féministes qui ont mis en vogue, voire imposé, le terme « genre », faisant logiquement suite à la fameuse phrase de Simone de Beauvoir : « On ne naît pas femme, on le devient. » Dans l'introduction de son ouvrage *Le deuxième sexe*, Beauvoir (1949) suggérait en effet que devenir une femme (entendre : une femme « féminine ») n'est pas un destin lié à la biologie, mais un parcours social, et plus particulièrement une intériorisation de normes et de stéréotypes. Autrement dit, même si le genre semble traduire le sexe, il n'en est rien ; il s'agirait plutôt d'une prophétie autoréalisatrice dans la mesure où l'on s'efforcerait de répondre aux attentes sociales et aux « apparences normales » afin de ne pas être socialement stigmatisé.

Toujours dans les années 1970, des sociologues comme Erving Goffman (1977) et Candace West et Don Zimmerman (1987⁶) ont précisément voulu montrer le caractère « construit » du genre, lequel résulterait de constantes adaptations à de multiples interactions et

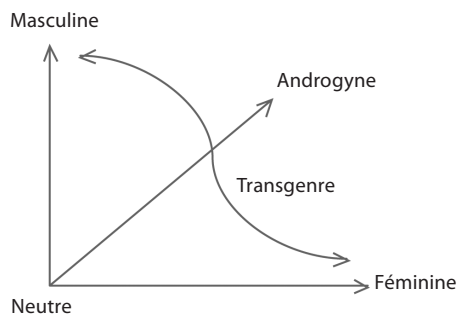
6. À noter que le texte fut publié dix ans après la conférence sur le même thème prononcée par les auteurs au colloque de 1977 de l'American Sociological Association.

conventions sociales. Toutefois, c'est dans doute la théoricienne américaine Judith Butler (2005) qui a le plus influencé la définition du genre ces dernières années. Pour Butler, le genre est le dispositif par lequel le masculin et le féminin sont produits, reproduits et normalisés. Ils le sont à travers une incessante *performativité*. Par cette expression, Butler suggère qu'il faut comprendre le genre comme une performance socialement apprise et sans cesse répétée. La féminité et la masculinité apparaissent dès lors comme les effets d'un processus d'abord culturel et coercitif (on apprend à être masculin ou féminin, dès la plus tendre enfance, à travers notre socialisation), puis individuel (par exemple, on reproduit ces modèles, ou on les subvertit, comme le font les *gender queers*, ou encore on les parodie, comme le font les *drag queens* et les *drag kings*).

De ce point de vue, le genre ne traduit nullement une essence particulière, plus ou moins innée; il serait plutôt le résultat d'un entraînement et d'un conditionnement, mais aussi d'une capacité d'agir, puisque l'on donne à voir notre genre. Comme l'a écrit Éric Fassin dans la préface de *Trouble dans le genre*, «le genre est l'effet des normes de genre» (Butler, 2005). Paradoxalement, souligne Judith Butler, notre genre, «c'est une pratique d'improvisation qui se déploie à l'intérieur d'une scène de contrainte» (Butler, 1976, p. 13). Autrement dit, nous pouvons «jouer» notre genre, mais nous le faisons toujours en tenant compte des modèles disponibles et des réactions sociales suscitées ou anticipées. On peut certes choisir de résister aux normes, ou même de les subvertir, mais on ne choisit pas les normes auxquelles on est soumis.

Dans la figure 5, inspirée notamment des travaux de Bem et de Whalen, est présenté un modèle orthogonal de l'identité de genre

FIGURE 5
Modèle orthogonal de l'identité de genre



croît des allers-retours possibles entre le masculin et le féminin. La réalité plurielle des personnes transgenres requiert en effet que l'on puisse se représenter un passage, occasionnel ou permanent, du masculin au féminin, et vice versa.

Le sexe

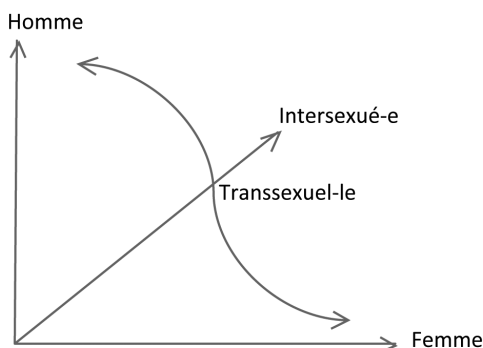
Il faudra attendre vingt ans après les travaux de Bem et Whalen en psychologie ou de West et Zimmerman en sociologie pour que la binarité des sexes soit à son tour remise en question. Ce sera grâce à un retentissant article paru en 1993 dans *The Sciences*, signé par la biologiste et historienne des sciences Anne Fausto-Sterling. Le titre même de l'article est assez hardi : *Les cinq sexes. Pourquoi mâle et femelle ne sont pas suffisants*⁷. Réalisant que jusqu'à 4 % (du moins dans certaines parties du monde ; estimation ramenée depuis à 1,7 % à l'échelle mondiale) de la population serait plus ou moins intersexe, c'est-à-dire née avec des attributs des deux sexes, Fausto-Sterling propose d'ajouter aux sexes « mâle » et « femelle » les hermaphrodites véritables, qui ont à la fois des organes producteurs de spermatozoïdes et d'ovules (elle les appelle les HERMS), les pseudohermaphrodites masculins, qui possèdent des testicules et certains aspects de l'appareil génital féminin (elle les appelle les MERMS) et les pseudohermaphrodites féminins, qui possèdent des ovaires et certains éléments de l'appareil génital masculin (elle les appelle les FERMS). Dans un article ultérieur, *Les cinq sexes revisités* (Fausto-Sterling, 2013), et surtout dans son ouvrage *Sexing the Body* (Fausto-Sterling, 2012), l'auteure élabore sa pensée et conclut finalement qu'il y a une infinité de sexes, reprenant en quelque sorte l'idée de continuum que les Kinsey, Bem et Whalen avaient respectivement appliquée à l'orientation sexuelle et au genre.

Tenant compte des réflexions de la professeure Fausto-Sterling en ce qui concerne la diversité des sexes, le modèle orthogonal qui suit à l'avantage d'inclure la situation des personnes intersexuées, qui possèdent à la naissance des attributs physiques des deux sexes, et aussi la situation des personnes transsexuelles, qui entendent changer de sexe afin de correspondre à leur profonde conviction de ne pas être nées avec le sexe auquel elles ont le sentiment d'appartenir.

7. Cet article existe en version française, car repris dans l'ouvrage éponyme *Les cinq sexes* (Fausto-Sterling, 2013).

FIGURE 6

Modèle orthogonal de l'identité de sexe



Pour mieux comprendre la réalité spécifique des personnes intersexuées, rappelons qu'il existe 5 critères pour identifier le sexe d'un individu à sa naissance (ou même avant) :

1. Les chromosomes (sexe chromosomique; sexe déterminé dès la fécondation et pouvant être obtenu par un test génétique);
2. Les hormones (sexe endocrinien ou hormonal; sexe déterminé par un test sur le taux d'androgènes ou d'oestrogènes, eux-mêmes sécrétés par les glandes pituitaires [au centre du cerveau] et les surrénales [situées au-dessus des reins]);
3. Les gonades (sexe embryonnaire sur le plan génital; peut être déterminé par un test pendant la grossesse, à partir de la 8^e semaine environ, alors qu'il y a « différenciation » sur le plan du sexe, car esquisse des canaux de Wolff, embryons des testicules, et des canaux de Müller, embryons des ovaires);
4. Organes sexuels internes (sexe anatomique ou morphologique selon la présence ou l'absence d'organes internes, par exemple prostate, utérus, etc.);
5. Organes sexuels externes (sexe anatomique ou morphologique selon la présence ou l'absence d'organes externes, par exemple pénis, testicules, vulve, clitoris, etc.).

Or, chez les enfants intersexués au moins un de ces éléments est en dissonance avec les autres. L'encadré B décrit brièvement les principaux types d'intersexuation (aussi appelée intersexualité).

Encadré B – Quelques types d'intersexuation (les plus courants)

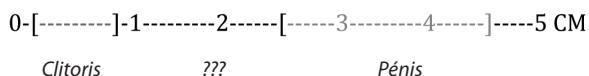
1. **Hyperplasie congénitale des surrénales.** Héritée génétiquement, elle se manifeste chez des enfants XX (filles) en « masculinisant » leurs organes génitaux (on croit parfois que ce sont des garçons et ces enfants sont alors élevés comme tels).
 2. **Syndrome d'insensibilité aux androgènes** (autrefois appelé le « testicule féminisant »). De source génétique. Ce sont des enfants XY (garçons) nés avec des organes génitaux « imprécis », quoique plutôt féminins : pas d'utérus, vagin très peu profond, testicules non descendus. Ils sont en général élevés en tant que filles. C'est souvent à l'âge de la puberté, vu l'absence de cette dernière, que ces cas seront détectés.
 3. **Syndrome de Turner.** Affecte les filles dépourvues d'un second chromosome X (XO). Elles développeront en général une petite stature, plutôt « androgyne ». Elles n'ont pas d'ovaires et peu ou pas de caractéristiques sexuelles secondaires⁸ (des hormones, en particulier des oestrogènes, leur sont en général prescrites afin de leur assurer un développement plus « standard »).
 4. **Syndrome de Klinefelter.** Affecte des garçons dotés d'un chromosome X supplémentaire (XXY). Ils sont infertiles et peuvent à l'adolescence avoir une poussée mammaire. Ils auront un corps plus grand que la moyenne, très longiligne, peu musclé, avec des organes génitaux peu développés (caractéristiques que des traitements de testostérone peuvent en partie pallier).
-

Traditionnellement, les bébés intersexués étaient opérés à la naissance ou peu après afin de donner une apparence dite « normale » à leurs organes génitaux visibles. La norme pour décider du sexe alors assigné était le « phallomètre », comme l'appelle Fausto-Sterling (2000, p. 81). Selon ce critère, un clitoris médicalement acceptable pour un nourrisson serait de 0,2 centimètre à moins 0,85 centimètre et un pénis médicalement acceptable, de 2,5 à 4,5 centimètres. Cela fait en sorte qu'entre 0,85 et 2,5 centimètres, il y aurait une incertitude quant au sexe de l'enfant. Comme il est plus facile chirurgicalement d'enlever que d'ajouter, le plus souvent alors on opère une réduction (on coupe

-
8. Rappelons que les caractères sexuels primaires désignent en général l'ensemble des organes génitaux externes qui permettent de différencier mâle et femelle d'une espèce ; ils servent à déterminer le sexe biologique à la naissance. Les caractères sexuels secondaires apparaissent plutôt à la puberté, par exemple la pilosité et la mue de la voix chez l'homme ou le développement de la poitrine, la faculté de lactation et l'apparition du cycle menstruel chez la femme.

FIGURE 7

**Échelle graduée de ce qui est estimé médicalement acceptable
(d'après A. Fausto-Sterling)**



en partie) ou une récession du clitoris (sa dissimulation en le rentrant dans un pli de peau fabriqué à cet effet) pour faire de ces enfants des petites filles répondant aux standards établis.

Des associations pour les droits des personnes intersexuées et leurs alliés, de plus en plus nombreux, revendiquent aujourd'hui de laisser le libre choix de leur sexe et de leur corps aux personnes intersexuées une fois qu'elles seront devenues adolescentes ou jeunes adultes, et de cesser de les mutiler, dès leur petite enfance. D'autant que les critères utilisés par les médecins pour assigner et « corriger » le sexe laissent place à la subjectivité et ne sont pas forcément prescrits par la santé des personnes concernées (sans compter les problèmes ultérieurs que des opérations précipitées provoquent souvent sur le plan physique et psychologique). À noter que certains États se montrent sensibles à ces revendications : par exemple, l'Allemagne permet depuis 2013 d'inscrire un sexe indéterminé sur les certificats de naissance.

Par ailleurs, en ce qui concerne la transsexualité (à ce jour toujours identifiée comme possible « dysphorie de genre »), trois critères servent actuellement à la reconnaître : une identification persistante à l'« autre sexe » remontant à la petite enfance ; un grand inconfort quant à l'identité de sexe assignée ; un fonctionnement personnel, sexuel et social perturbé en raison des deux précédentes caractéristiques. On note toutefois que le DSM V, à ses onglets 302.6 et 302.85, portant sur la dysphorie de genre chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte, tend à confondre l'identité de sexe (être homme ou femme) et l'identité de genre (être masculin et/ou féminin). Parmi les critères de la dysphorie de genre chez un jeune, le DSM V inclut en effet une forte préférence pour les activités, les vêtements et les jeux typiques de l'autre sexe et, à l'inverse, un rejet marqué pour les activités, les vêtements et les jeux typiques de son sexe biologique. Ces critères se réfèrent donc au genre et minimisent par exemple le fait qu'on peut être non conformiste sur le plan du genre sans pour autant aspirer à une réassignation de sexe.

En croisant les données disponibles, la chercheuse Anne Fausto-Sterling évalue à au moins 1,75 % de la population les personnes transsexuelles. Si on ajoute à ce nombre les personnes intersexuées (1,7 %), cela signifie qu'environ 3,5 % de la population serait soit intersexuée, soit transsexuelle, les deux groupes, quoique distincts, ayant en commun de subir la normativité du modèle binaire en ce qui concerne leur sexe. Sans parler des personnes, nombreuses, qui refusent tout simplement de se conformer aux conventions sociales relatives à l'identité de sexe ou de genre, et l'expression desdites identités. Il y a nécessité de reconnaître davantage leur existence. Notons au passage que le préfixe « trans- » signifie en lui-même changement, passage, traversée. Il peut impliquer non seulement le résultat d'une transition mais aussi un processus d'appropriation de sa vie et d'expression de son unicité.

Des avancées sont en cours. Depuis 2012, la Nouvelle-Zélande puis l'Australie offrent la possibilité d'obtenir un passeport sans mention de sexe et l'Argentine permet de changer la mention de sexe à l'état civil sans avoir subi préalablement d'interventions chirurgicales, ce qui est perçu comme une percée par les groupes de défense des droits des personnes transidentitaires⁹. Ces changements reconnaissent en effet que l'identité de sexe est un sentiment subjectif, certes, mais néanmoins profond et irrépressible. Comme l'a suggéré l'anthropologue Nicole-Claude Mathieu, qui a proposé le terme au début des années 1990, l'identité de sexe est ultimement la conscience de faire partie d'une communauté d'appartenance¹⁰.

Conclusion

Les recherches et les réflexions théoriques des dernières décennies nous amènent à interroger la façon dichotomique de catégoriser le sexe, le genre et l'orientation sexuelle, qui passait sous silence leur grande diversité et leur possible fluidité. Peut-on encore aujourd'hui se représenter homme et femme, masculin et féminin, hétérosexuel et homosexuel comme des catégories exclusives, fixes et opposées ? Il n'y a rien à gagner pour les professionnels de la santé et des services sociaux à perpétuer une pensée binaire qui tend à ignorer, à sous-estimer ou à exclure une portion non négligeable de la population.

9. Rappelons que le terme « transidentitaire » fédère la grande diversité des façons d'être transgenre ou transsexuel, ou même de refuser ces désignations.

10. Mathieu, N.-C., 1991.

Ainsi, pour en revenir aux trois situations présentées en vignette au début du présent article, on pourrait permettre sans problème à Nathalie de porter le pantalon comme tenue vestimentaire à l'école, si c'est dans ce vêtement qu'elle se sent vraiment à l'aise (et en profiter pour faire un peu d'éducation sur l'égalité des sexes et des genres auprès des jeunes de l'école). On pourrait aussi accompagner Sacha afin de faire en sorte qu'elle soit bien dans sa peau, acceptée par son milieu familial et scolaire, et qu'elle puisse prendre en temps voulu et en toute connaissance de cause les décisions qui lui sembleront les meilleures concernant une possible réassignation de sexe. Enfin, Dominique pourrait être incitée à trouver ses propres repères et à définir sa propre identité par-delà les étiquettes concernant son sexe, son genre ou son orientation sexuelle; on pourrait aussi accompagner ses proches afin qu'ils lui apportent le soutien requis.

La diversité sexuelle n'est assurément pas un phénomène nouveau (Dorais, 1999). Elle devient toutefois plus visible à mesure que les droits et libertés, les avancées législatives, les mentalités et les connaissances évoluent. Reconnaître cette diversité et, plus encore, apprendre ce qu'elle nous enseigne ne peut qu'améliorer la qualité de toute relation d'aide (Dorais, 2015), quelle qu'en soit la nature. *A fortiori*, les intervenants en santé mentale ont beaucoup à faire pour sortir définitivement des carcans qui ont produit tant de dégâts par le passé chez les jeunes de la diversité sexuelle. C'est non seulement une question de santé publique, la marginalisation et l'exclusion étant, on le sait, nuisibles à la santé mentale, mais aussi d'équité et de justice sociale.

BIBLIOGRAPHIE

- APA (2009), *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*, 2009; <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>.
- APA (2015), *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People*. <http://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>.
- Bem, S. L. (1974). « The Measurement of Psychological Androgyny ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162.
- Bem, S. L. (1975). « Sex Role Adaptability: One Consequence of Psychological Androgyny ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(4), 634-643.
- Burke, P. (1996). *Gender Shock*. New York, N.Y.: Anchor Books.
- Butler, J. (2006). *Défaire le genre*. Paris, France: éd. Amsterdam.

- Butler, J. (2005). *Trouble dans le genre*. Paris, France : La Découverte (à noter que la première édition en langue anglaise de l'ouvrage date de 1990).
- De Beauvoir, S. (1949). *Le deuxième sexe*. Paris, France : Gallimard.
- Dorais, M. (1999). *Éloge de la diversité sexuelle*, Montréal : VLB éditeur.
- Dorais, M. (2015). *Le métier d'aider*, Montréal : VLB éditeur.
- Fausto-Sterling, A. (2013). *Les cinq sexes*. Paris, France : Petite Bibliothèque Payot.
- Fausto-Sterling, A. (2012). *Corps en tous genre. La dualité des sexes à l'épreuve de la science*. Paris, France : La Découverte.
- Goffman, E. (1977). « The Arrangement between the Sexes », *Theory and Society*, 4(3) (Autumn 1977), 301-331.
- Green, R. (1975). *Sexual Identity Conflict in Children and Adults*. Baltimore, Mar. : Penguin Books.
- Kinsey, A. (1954) *Le Comportement sexuel de la femme*. Paris, France : Amiot Dumont.
- Kinsey, A. (1948), *Le Comportement sexuel de l'homme*. Paris, France : éd. du Pavois.
- Laumann, E. O., Gagnon, J.H., Michael R.T. & Michael, S. (1994). *The Social Organisation of Sexuality*, Chicago, Ill. : University of Chicago Press.
- Mathieu, N.-C. (1991). *L'anatomie politique. Catégorisation et idéologies du sexe*. Paris, France : Éditions côté-femmes.
- Stoller, R. (1989). *Masculin ou féminin ?* Paris, France : PUF.
- Storms, M. D. (1980). « Theories of Sexual Orientation ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(5), 783-792.
- Terry, J. (1999). *An American Obsession. Science, Medecine, and Homosexuality in Modern Society*, Chicago, Ill. : Chicago University Press.
- West, C. & Zimmerman, D. (1987). « Doing Gender ». *Gender & Society*. 1(2) (June 1987), 125-151.
- Whalen, R.E. (1974). « Sexual Differentiation : Models, Methods, and Mechanisms » in *Sex Differences in Behavior* (Friedman RC, Richart RH, Wiele RLV, eds). New York, N. Y. : Wiley, 467-484.

L'association des dimensions de l'orientation sexuelle, du harcèlement et du suicide : quelles minorités sexuelles sont les plus à risque ?

Richard Montoro^a

Brett Thombs^b

Karine J. Igartua^c

RÉSUMÉ Le but de cette étude était de comparer l'association de l'intimidation avec l'idée suicidaire, la planification et la tentative de suicide, chez les élèves hétérosexuels sans attirance ou comportement envers le même sexe, les élèves hétérosexuels avec attirance ou comportement envers le même sexe et les élèves non hétérosexuels. Un total de 1852 élèves âgés de 14 à 18 ans, de 14 écoles publiques et privées de Montréal ont été interrogés anonymement. Les éléments du sondage ont évalué les dimensions de l'orientation sexuelle, les comportements à risque pour la santé, le harcèlement et les paramètres de suicide. En analyse multivariée, le groupe de référence était les élèves hétérosexuels sans attirance ou comportement envers le même sexe et n'ayant subi aucune intimidation. Lorsque les élèves avaient été victimes d'intimidation, ils étaient plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires (rapport des chances [RC] = 2,11, intervalle de confiance [IC] 95 % = 1,52 à 2,92), mais pas plus susceptibles d'avoir eu des tentatives de suicide.

-
- a. M.D., C.M., M. Sc., Centre d'orientation sexuelle de l'Université McGill – Hôpital général de Montréal, Département de psychiatrie.
 - b. Ph. D., Hôpital général juif de Montréal, Institute of Community and Family Psychiatry.
 - c. M.D., C.M., FRCPC, professeure agrégée au Département de psychiatrie de la faculté de médecine de l'université McGill – Codirectrice médicale, Centre d'orientation sexuelle de l'Université McGill – Psychiatre au Centre universitaire de santé McGill – Présidente de l'Association des médecins psychiatres du Québec.

Les élèves non hétérosexuels étaient deux fois plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires lorsque non victimes d'intimidation (RC = 2,35, IC 95 % = 1,24 à 4,48) et quatre fois plus susceptibles lorsque qu'il y avait eu intimidation (RC = 4,44, IC 95 % = 2,26 à 8,72). De même pour les tentatives de suicide, elles n'étaient pas à risque accru sans intimidation, mais elles étaient presque trois fois plus nombreuses lorsqu'il y avait intimidation (RC = 2,87, IC 95 % = 1,43 à 5,78). La principale conclusion de cette étude est que la différence de risque suicidaire entre les élèves victimes et non victimes d'intimidation était de loin la plus grande chez les élèves ayant une identité non hétérosexuelle.

MOTS CLÉS intimidation, harcèlement, suicide, adolescents, orientation sexuelle, gay, lesbienne, bisexuel, homosexuel

The association of bullying with suicide ideation, plan, and attempt among adolescents with GLB or unsure sexual identity, heterosexual identity with same-sex attraction or behavior, or heterosexual identity without same-sex attraction or behavior

ABSTRACT Context Bullying is a known risk factor for suicidality, and suicide is the second leading cause of death for adolescents. Both are increased in sexual minority youth (SMY). As SMY are comprised of youth who self-identify as gay, lesbian, bisexual (GLB) or who have same-sex attractions or behaviors, our previous finding that different subgroups have different risks for suicidality is understandable. Given that the difference was along sexual identity lines (GLB vs heterosexual SMY), the analysis of bullying data in the same subgroups was felt to be important.

Objective To compare the association of bullying and suicide among heterosexual students without same-sex attractions or behaviors, heterosexual students with same-sex attractions and behaviors, and students with gay, lesbian or bisexual (GLB) or unsure sexual identities.

Design The 2004 Quebec Youth Risk Behavior Survey (QYRBS) questionnaire was based on the 2001 Center for Disease Control Youth Risk Behavior Survey, and included items assessing the three dimensions of sexual orientation (identity, attraction and behavior), health risk behaviors, experiences of harassment, and suicidal ideation, plans and attempts.

Methods A total of 1852 students 14-18 years of age from 14 public and private high schools in Montréal Québec were surveyed anonymously during the 2004-2005 academic year.

Main outcome measure Self reports of suicidal ideation, suicidal plan and suicide attempts in the last 12 months.

Results In all, 117 students (6.3%) had a non-heterosexual identity (GLB or unsure) and 115 students (6.3%) had a heterosexual identity with same-sex attraction or behavior. Bullying occurred in 24% of heterosexual students without same-sex attraction or behavior, 32% of heterosexual students with same-sex attraction or

behavior, and 48% of non-heterosexually identified students. In multivariable analysis, the common risk factors of age, gender, depressed mood, drug use, fighting, physical and sexual abuse, and age of initial sexual contact were controlled. The reference group was heterosexual students without same-sex attraction or behavior and no bullying. When these students were bullied, they were more likely to have suicidal ideation (odds ratio [OR] = 2.11, 95% confidence interval [CI] = 1.52-2.92) but not suicide attempts. Non-heterosexual students with no bullying were twice as likely to have suicidal ideation (OR = 2.35, 95% CI = 1.24-4.48) and four times as likely when bullied (OR = 4.44, 95% CI = 2.26-8.72). Similarly for suicide attempts, they were not at increased risk when not bullied, but they were almost three times as likely when bullied (OR = 2.87, 95% CI = 1.43-5.78). Heterosexual students with same-sex attraction or behavior were never more likely on any of the suicide measures compared to the reference group, even when bullied.

Conclusion This study was the first to show that adolescent students with a non-heterosexual identity will have a disproportionate increase in their suicide parameters when subject to harassment, but that heterosexually identified students with same-sex attraction or behavior did not have an increased risk over heterosexually identified students without same-sex attraction. This suggests that same-sex attraction and behavior on their own are not contributory to suicide risk, and that the efforts of future research as well as public health efforts may be better served by examining the interface between sexual identity and the school, family, and larger culture that surrounds the sexual minority youth. Longitudinal studies looking at the interplay between all these factors are needed.

KEYWORDS bullying, suicide, homosexual, gay, lesbian, bisexual, youth, adolescents, suicide ideation, suicide plan, suicide attempts

Introduction

Les suicides réussis sont la deuxième cause de décès chez les adolescents, derrière les traumatismes non intentionnels. En 2011, le taux de suicide par 100 000 était de 11,0 pour les 15-24 ans aux États-Unis (CDC 2011), de 9,0 pour les 15 à 19 ans au Canada (Statistique Canada, 2011) et de 8,8 pour le même groupe d'âge au Québec (ISQ, 2011). *The National Comorbidity Survey*, une étude américaine représentative sur le plan national, réalisée auprès de 5 877 répondants âgés de 15 à 54 ans, a conclu que 29 % des sujets qui avaient sérieusement songé à se suicider avaient aussi fait un plan de suicide. Parmi ceux ayant un plan, 58 % avaient fait une tentative, alors que seulement 25 % de ceux qui y avaient pensé sans faire un plan avaient tenté de se suicider

(Kessler, Borges et Walters, 1999). Dans une étude prospective, les sujets ayant des idées suicidaires à l'âge de 15 ans ont été plus de 10 fois plus susceptibles de faire au moins une tentative de suicide entre 15 et 30 ans que ceux qui n'avaient aucune idée suicidaire (Reinherz, Tanner, Berger, Beardslee et Fitzmaurice, 2006).

Les jeunes des minorités sexuelles, c'est-à-dire les jeunes qui s'identifient comme gays, lesbiennes et bisexuel(le)s (GLB) ou qui ont une attirance ou un comportement envers le même sexe, présentent un risque accru de comportement suicidaire avec un taux de tentative de suicide de deux à six fois plus élevé que celui des jeunes ne faisant pas partie des minorités sexuelles (Hershberger et D'Augelli, 1995; Remafedi, French, Story, Resnick et Blum, 1998; Safren et Heimberg, 1999, Blake *et al.*, 2001; Garofalo, Wolf, Kessel, Palfrey et DuRant, 1998). Ces taux s'expliquent partiellement par l'augmentation de la prévalence des facteurs de risque de suicide, incluant par exemple la dépression et l'abus d'alcool ou d'autres drogues (Russell et Joyner, 2001; Safren et Heimberg, 1999; Garofalo, Wolf, Wissow, Woods et Goodman, 1999), et le contrôle de ces facteurs de risque réduit sensiblement la disparité des taux de suicide entre les jeunes des minorités sexuelles et leurs pairs non sexuellement minoritaires (par exemple Safren et Heimberg, 1999; Russell et Joyner, 2001).

La plupart des études sur le comportement suicidaire chez les jeunes des minorités sexuelles ont inclus uniquement des élèves ayant une identité GLB déclarée par l'intéressé, bien que certaines études ont également utilisé l'attirance et le comportement envers le même sexe, indépendamment de l'identité sexuelle (par exemple, Blake *et al.*, 2001; Russell et Joyner, 2001). Une récente méta-analyse (Marshall *et al.*, 2011) a révélé que l'utilisation de différentes définitions en recherche n'a pas pondéré l'association entre le statut de minorité sexuelle et les idées suicidaires, les plans ou les tentatives de suicide (rapport des chances [RC] = 2,92; intervalle de confiance [IC]: 95 %, 2,11-4,03). Néanmoins, il est maintenant largement admis que l'orientation sexuelle est un concept multidimensionnel qui comprend l'identité, l'attirance et le comportement (Frankowski, 2004; Saewyc *et al.*, 2004; Rosario, Schrimshaw, Hunter et Braun, 2006). Bien qu'il y ait chevauchement, les jeunes ayant une identité GLB, une attirance envers le même sexe et un comportement envers le même sexe, sont des populations entrecroisées mais distinctes (Igartua, Thombs, Burgos et Montoro, 2009) et la prévalence des orientations hétérosexuelles et non hétérosexuelles variera selon les critères utilisés (Savin-Williams et

Ream, 2007 ; Eskin, Kaynak-Dero et Demir, 2005 ; Wichstrom et Hegna, 2003). Dans un article précédent sur les 1 856 élèves du secondaire ayant participé au *Sondage Québec 2004 sur les comportements à risque des jeunes*, nous avons constaté que les élèves identifiés comme GLB affichaient des taux significativement plus élevés d'idées suicidaires et de tentatives de suicide par rapport aux élèves identifiés comme hétérosexuels sans attirance ou comportement envers le même sexe. D'autre part, les élèves ayant une identité hétérosexuelle avec attirance et comportement envers le même sexe n'étaient pas à risque accru (Zhao, Montoro, Igartua et Thombs, 2010).

L'intimidation est un problème commun chez les élèves du secondaire, alors que plus de 20 % des élèves américains et canadiens sont impliqués dans l'intimidation au moins deux fois par mois, comme victimes ou auteurs (Craig *et al.*, 2009). De nombreuses études transversales de même que quelques études longitudinales (Brunstein Klomek, Sourander et Gould, 2010) ont associé l'intimidation et le risque de suicide chez les enfants et les adolescents. Les jeunes des minorités sexuelles sont nettement plus susceptibles que leurs homologues hétérosexuels d'être menacés ou blessés à l'école (Garofalo *et al.*, 1998 ; Bontempo et D'Augelli, 2002 ; DuRant, Krowchuk et Sinai, 1998), de manquer l'école parce qu'ils ne se sentent pas en sécurité (DuRant *et al.*, 1998) et de vivre des abus sexuels et physiques (Saewyc *et al.*, 2006). Les expériences impliquant la violence sont un médiateur important dans les relations entre le statut de minorité sexuelle et les comportements à risque pour la santé, y compris la toxicomanie, les tendances suicidaires et les comportements sexuels à risque (Bontempo et D'Augelli, 2002). Plusieurs études ont examiné le lien entre l'intimidation et l'identité sexuelle (par exemple, Robin *et al.*, 2002 ; Berlan, Corliss, Field, Goodman et Austin, 2010), mais aucune n'a intégré l'identité sexuelle et l'attirance et le comportement sexuels. L'objectif de cette étude était de comparer l'association de l'intimidation et du suicide chez les élèves hétérosexuels sans attirance et comportement envers le même sexe, les élèves hétérosexuels avec attirance et comportement envers le même sexe et les élèves à l'identité sexuelle GLB ou incertaine.

MÉTHODOLOGIE

Échantillonnage et population

Les participants à l'étude étaient des élèves âgés de 14 ans et plus, inscrits de la troisième à la cinquième secondaire dans des écoles publiques et privées de Montréal, Québec, Canada. En 2004, les directeurs de toutes les écoles secondaires publiques de la Commission scolaire de Montréal (N = 39) et de la Commission scolaire English-Montréal (N = 20), ainsi que de deux écoles secondaires privées ont été invités à participer à l'étude. Le sondage a été approuvé et on l'a fait passer à des élèves de quatorze écoles secondaires (huit de la commission scolaire française, quatre de la commission scolaire anglaise et deux écoles privées). Dans chaque école, les directeurs ont choisi une à six classes pour répondre au sondage – le choix était basé sur des considérations logistiques – et on a veillé à ce que les élèves ne répondent au sondage qu'une seule fois.

Les parents ont été informés de la tenue du sondage et pouvaient refuser que leur enfant participe. Les élèves ont été informés que le sondage était anonyme, confidentiel et volontaire. Les enseignants n'étaient pas autorisés à circuler parmi les élèves afin d'assurer la confidentialité des réponses. Les questions sur l'orientation sexuelle étaient dispersées tout au long du sondage de manière à ce que les camarades de classe soient moins susceptibles de voir à quelles questions les autres répondaient. De plus, les élèves disposaient d'une feuille pour cacher les réponses enregistrées sur la feuille de réponse lisible par lecteur optique. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de recherche de l'Hôpital général de Montréal.

Les données démographiques, les taux d'identité, d'attraction et de comportement sexuels, et l'association entre l'orientation sexuelle et l'idée suicidaire et la tentative, ont été publiés précédemment (Igartua *et al.*, 2009; Zhao *et al.*, 2011).

Caractéristiques

Le *Sondage Québec 2004 sur les comportements à risque des jeunes* reposait sur le 2001 *Center for Disease Control Youth Risk Behavior Survey* (Brener *et al.*, 1995) et comportait en outre des éléments supplémentaires liés à l'orientation sexuelle.

Classification de l'orientation sexuelle: l'identité sexuelle était mesurée par la question: «Parmi les réponses suivantes, laquelle te décrit le

mieux?» Les réponses étaient: *hétérosexuel(le) (straight), gay ou lesbienne, bisexuel(le)* et *je ne suis pas sûr(e)*. L'attirance sexuelle était mesurée par la question: «Au cours de ta vie, qui t'a attiré ou qui a été l'objet de tes fantasmes, que ce soit sur le plan romantique ou sexuel?» (*Aucun intérêt romantique ou sexuel, femmes(s), homme(s), femme(s) et homme(s)*). Le comportement sexuel était mesuré par la question: «Au cours de ta vie, avec qui as-tu eu des rapports sexuels?» (*Aucun contact sexuel, femme(s), homme(s), femme(s) et hommes(s)*). Les instructions indiquaient: «Dans ce questionnaire, lorsqu'il est question de rapports sexuels, il s'agit de sexe oral, vaginal et/ou anal, qui était consensuel, c'est-à-dire entre deux personnes consentantes.» Pour l'analyse, en raison du nombre d'élèves par groupe, les élèves ont été regroupés en trois catégories: 1) identité hétérosexuelle sans attirance ou comportement envers le même sexe; 2) identité hétérosexuelle avec attirance ou comportement envers le même sexe; 3) identité non hétérosexuelle, qui regroupait les GLB et les personnes «non certaines» de leur identité.

Humeur dépressive: «Au cours des 12 derniers mois, est-ce que tu t'es senti tellement triste ou sans espoir presque chaque jour pendant deux semaines consécutives ou plus, au point de cesser certaines activités habituelles?» Les réponses étaient dichotomiques.

Consommation d'alcool ou d'autres drogues: Quatre variables de consommation ont été examinées, y compris la consommation actuelle (30 derniers jours) de cigarettes, alcool et marijuana et la consommation à vie de drogues dures (cocaïne, héroïne, injection de drogues illégales). Les réponses ordinales étaient ensuite dichotomisées en réponses positives et négatives.

Batailles: «Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu été impliqué(e) dans une bataille?» Les réponses ordinales étaient ensuite dichotomisées en réponses positives et négatives.

Abus physique: «Au cours des 12 derniers mois, as-tu été frappé(e), giflé(e) ou blessé(e) physiquement par exprès par un membre adulte de ta famille?» Les réponses étaient dichotomiques.

Abus sexuel: «Au cours de ta vie, est-ce que quelqu'un a déjà eu un contact sexuel avec toi, sans ton accord, y compris des attouchements non désirés?» Les réponses étaient dichotomiques.

Âge au premier contact sexuel: «Quel âge avais-tu lorsque tu as eu des rapports sexuels pour la première fois?» Les réponses étaient sur une échelle ordinale de cinq points, allant de «jamais eu de rapport sexuel»

à «13 ans ou moins». Cette variable a été recodée avec une échelle ordinale de trois points: «jamais eu de rapport sexuel», «14 ans et plus» et «13 ans ou moins», compte tenu du nombre relativement faible de réponses dans certaines catégories.

Harcèlement: Il y avait trois questions évaluant le harcèlement: «Au cours des 12 derniers mois, as-tu déjà été harcelé(e) à l'école (ou sur le chemin de l'école)... 1) en raison de ta race ou de ton origine ethnique?; 2) parce que quelqu'un pensait que tu étais gay, lesbienne ou bisexuel(le)?; 3) pour d'autres raisons? Ces variables ont été recodées en une variable dichotomique reflétant avoir expérimenté ou non du harcèlement.

Idée suicidaire: «Au cours des 12 derniers mois, as-tu songé sérieusement à tenter de te suicider?» Les réponses étaient dichotomiques.

Planification de suicide: «Au cours des 12 derniers mois, as-tu fait un plan de la manière dont tu pourrais tenter de te suicider?» Les réponses étaient dichotomiques.

Tentative de suicide: A été évaluée avec la question: «Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu tenté de te suicider?» Les réponses ordinales étaient ensuite dichotomisées en réponses positives et négatives.

Analyses de données

Les élèves hétérosexuels sans attirance ou comportement envers le même sexe et qui n'ont pas mentionné de harcèlement ont été comparés: 1) aux élèves hétérosexuels sans attirance ou comportement envers le même sexe qui ont mentionné avoir été harcelés; 2) aux élèves hétérosexuels avec attirance ou comportement envers le même sexe qui n'ont pas mentionné de harcèlement; 3) aux élèves hétérosexuels avec attirance ou comportement envers le même sexe qui ont mentionné avoir été harcelés; 4) aux élèves GLB ou incertains qui n'ont pas mentionné de harcèlement; et 5) aux élèves GLB ou incertains qui ont mentionné avoir été harcelés. À titre illustratif, les facteurs de risque de santé et les idées suicidaires, la planification et les tentatives de suicide ont été comparés entre tous les groupes en même temps, à l'aide de tests de khi carré de signification. Les associations des variables démographie, facteur de risque, orientation sexuelle avec idée suicidaire, planification de suicide et tentative de suicide ont été évaluées avec plusieurs modèles de régression logistique. Chaque modèle comprenait les variables âge, sexe, race, humeur dépressive, consommation

de drogues, batailles, sévices physiques et sexuels, âge au premier contact sexuel et orientation sexuelle x harcèlement ou sans harcèlement. La discrimination et l'étalonnage des modèles de régression logistique ont été évalués, respectivement, avec le C index et le test statistique de validité de l'ajustement Hosmer-Lemeshow (HL) (Hosmer et Lemeshow, 2000). Le C index pour chaque modèle reflète le pourcentage des comparaisons où les adolescents ayant des idées suicidaires ou ayant tenté de se suicider, avaient une plus grande probabilité prédite d'idée suicidaire ou de tentative de suicide que les adolescents sans idée suicidaire ou n'ayant pas tenté de se suicider pour toutes les paires possibles d'adolescents dans l'échantillon, l'une ayant mentionné des idées ou tentatives de suicide et l'autre n'ayant pas mentionné des idées ou tentatives de suicide. Le HL est une mesure de l'exactitude du nombre prévu de cas d'idées suicidaires ou de tentatives par rapport au nombre d'élèves qui ont effectivement mentionné des idées ou tentatives de suicide dans l'éventail des probabilités. Une assez grande valeur p indique que le modèle s'adapte assez bien. Toutes ces analyses ont été effectuées à l'aide des logiciels IBM® SPSS® version 22,0 (Chicago, IL) et tous les tests statistiques étaient bilatéraux avec un seuil de signification $p < ,05$.

RÉSULTATS

Caractéristiques de l'échantillon

Aucun parent n'a refusé l'autorisation, et tous les élèves admissibles ont consenti à participer. Un total de 1 951 adolescents a répondu au *Sondage Québec 2004 sur les comportements à risque des jeunes* (une moyenne de 5,4 classes et de 139,4 élèves par école). Parmi les sondages remplis, 16 ont été rejetés pour la plupart en raison de feuilles de réponses presque vides ou illisibles. Parmi les 1 935 élèves dont les données ont été enregistrées, 1 852 (95 %) avaient enregistré les données pour tous les éléments pertinents et ont été inclus dans les présentes analyses. Tel qu'il est indiqué dans le tableau 1, 911 élèves (49 %) étaient âgés de 16 ans ou plus, 913 (49 %) étaient de sexe féminin et 1 195 (65 %) étaient de race blanche. Un total de 1 233 élèves (67 %) ont mentionné une identité hétérosexuelle, sans attirance ou comportement envers le même sexe, et sans harcèlement au cours des 12 derniers mois; 387 (21 %) ont mentionné une identité hétérosexuelle sans attirance ou comportement envers le même sexe, et qu'ils avaient été harcelés;

TABLEAU 1

Données démographiques, facteurs de risque pour la santé, et idée suicidaire et tentative de suicide

Variable	Identité hétérosexuelle sans attirance ou comportement envers le même sexe		Identité hétérosexuelle avec attirance ou comportement envers le même sexe		Identité non hétérosexuelle		valeur p
	Sans harcèlement (réf) N = 1233 n (%)	Avec harcèlement N = 387 n (%)	Sans harcèlement N = 78 n (%)	Avec harcèlement N = 37 n (%)	Sans harcèlement N = 61 n (%)	Avec harcèlement N = 56 n (%)	
Total N = 1852 n (%)							
Âge ≥ 16 ans	911 (49,2)	186 (48,1)	44 (56,4)	17 (45,9)	36 (59,0)	29 (51,7)	,457
Sexe masculin	939 (50,7)	214 (55,2)	19 (24,3)	11 (29,7)	22 (36,0)	22 (39,2)	< ,001
Race blanche ^a	1195 (64,5)	245 (63,3)	60 (76,9)	26 (70,2)	35 (57,3)	35 (62,5)	,156
Dépression	638 (34,4)	352 (28,5)	36 (46,1)	15 (40,5)	32 (52,4)	30 (53,5)	< ,001
Tabagisme	439 (23,7)	247 (20,0)	36 (46,1)	16 (43,2)	24 (39,3)	27 (48,2)	< ,001
Alcool	1017 (54,9)	650 (52,7)	47 (60,2)	25 (67,5)	36 (59,0)	39 (69,6)	,041
Marijuana	520 (28,1)	325 (26,4)	27 (34,6)	14 (37,8)	26 (42,6)	25 (44,6)	,001
Drogues dures	139 (7,5)	75 (6,1)	12 (15,3)	3 (8,1)	11 (18,0)	13 (23,2)	< ,001
Batailles	603 (32,6)	358 (29,0)	20 (25,6)	14 (37,8)	26 (42,6)	24 (42,8)	< ,001
Sérvices physiques	356 (19,2)	182 (14,8)	21 (26,9)	14 (37,8)	12 (19,6%)	25 (44,6)	< ,001
Sérvices sexuels	297 (16,0)	131 (10,6)	21 (26,9)	17 (45,9)	14 (22,9)	26 (46,4)	< ,001
Premier comportement sexuel							< ,001
Jamais	1062 (57,3)	742 (60,2)	34 (43,5)	14 (37,8)	27 (44,2)	16 (28,5)	
≥ 14 ans	538 (29,0)	348 (28,2)	27 (34,6)	12 (32,4)	21 (34,4)	21 (37,5)	
≤ 13 ans	252 (13,6)	143 (11,6)	17 (21,7)	11 (29,7)	13 (21,3)	19 (33,9)	
Idée suicidaire	311 (16,8)	135 (10,9)	21 (26,9)	9(24,3)	20 (32,7)	28 (50,0)	< ,001
Plan de suicide	213 (11,5)	97 (7,8)	14 (17,9)	8 (21,6)	11 (18,0)	21 (37,5)	< ,001
Tentative de suicide	175 (9,4)	83 (6,7)	10 (12,8)	5 (13,5)	11 (18,0)	18 (32,1)	< ,001

a. Pour race et ethnicité, N = 1,1812

78 (4 %) ont mentionné une identité hétérosexuelle avec attirance ou comportement envers le même sexe et n'ont signalé aucun harcèlement; 37 (2 %) ont été classés comme hétérosexuels avec attirance ou comportement envers le même sexe et ont signalé du harcèlement; 61 (3 %) étaient GLB (n = 28) ou incertains (n = 31) et n'ont signalé aucun harcèlement; et 56 (3 %) étaient GLB (n = 30) ou incertains (n = 26) avec harcèlement. Il y avait des différences significatives selon l'orientation sexuelle x le statut du harcèlement pour les variables sexe, humeur dépressive, tabagisme, consommation d'alcool, consommation de marijuana, consommation de drogues dures, batailles, présence de sévices physiques, présence de sévices sexuels, âge au premier comportement sexuel, idées suicidaires, planification et tentative de suicide.

Idee suicidaire, planification et tentative de suicide

Un total de 311 répondants (17 %) a signalé avoir sérieusement songé à tenter de se suicider; 213 ont déclaré avoir un plan (12 %) et 175 (9 %) des répondants ont mentionné une ou plusieurs tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois. Tel qu'il est indiqué dans le tableau 2, sur une base non ajustée, les élèves s'identifiant comme hétérosexuels sans attirance ou comportement envers le même sexe étaient presque trois fois plus susceptibles de mentionner des idées suicidaires lorsqu'ils étaient victimes de harcèlement, que le même groupe sans harcèlement (RC = 2,76, IC 95 % = 2,06 à 3,69, $p < ,001$). Les élèves non hétérosexuels ne subissant aucun harcèlement étaient presque quatre fois plus susceptibles (RC = 3,97, IC 95 % = 2,26 à 6,97, $p < ,001$); et les élèves non hétérosexuels ayant mentionné du harcèlement étaient plus de huit fois plus susceptibles (RC = 8,13, IC 95 % = 4,68 à 14 h 15, $p < ,001$). En analyse multivariable, après avoir fait des ajustements selon âge, sexe, humeur dépressive, consommation de drogue, batailles, abus physique et sexuel et âge au premier comportement sexuel, les élèves hétérosexuels sans attirance ou comportement envers le même sexe qui ont été victimes de harcèlement étaient deux fois plus susceptibles de déclarer avoir sérieusement songé à se suicider (RC = 2,11, IC 95 % = 1,52 à 2,92, $p < ,001$), comme l'étaient les élèves non hétérosexuels n'ayant pas subi de harcèlement (RC = 2,35 IC 95 % = 1,24 à 4,48, $p = ,009$). Les élèves non hétérosexuels ayant mentionné du harcèlement étaient plus de quatre fois plus susceptibles de le déclarer (RC = 4,44, IC 95 % = 2,26 à 8,72, $p < ,001$). Le modèle final avait un bon pouvoir discriminant (C-index = ,82) et d'étalonnage ($p = ,416$ pour la statistique HL).

TABLEAU 2
Facteurs de risque de l'idée suicidaire

Variable		Rapport de risque non ajusté (IC 95 %)	p	Rapport de risque ajusté ^a (IC 95 %)	p
Âge ≥ 16 ans		1,12 (0,87-1,42)	,383	0,93 (0,69-1,24)	,599
Sexe masculin		0,45 (0,35-0,58)	< ,001	0,57 (0,42-0,79)	,001
Humeur dépressive		8,73 (6,58-1,59)	< ,001	6,10 (4,52-8,23)	< ,001
Tabagisme		2,63 (2,03-3,40)	< ,001	1,40 (0,97-2,02)	,071
Alcool		1,62 (1,26-2,09)	< ,001	0,93 (0,67-1,27)	,638
Marijuana		1,92 (1,49-2,47)	< ,001	1,12 (0,78-1,60)	,543
Drogues dures		2,32 (1,58-3,41)	< ,001	1,04 (0,63-1,70)	,889
Batailles		1,70 (1,3-2,19)	< ,001	1,21 (0,88-1,65)	,242
Sérvices physiques		3,05 (2,33-3,99)	< ,001	1,74 (1,27-2,38)	,001
Sérvices sexuels		3,59 (2,71-4,74)	< ,001	1,52 (1,09-2,14)	,015
<i>Comportement sexuel précoce</i>					
Jamais		Référence		Référence	
≥ 14 ans		1,82 (1,38-2,39)	< ,001	1,29 (0,92-1,81)	,139
≤ 13 ans		2,11 (1,50-2,97)	< ,001	1,21 (0,78-1,87)	,388
<i>Orientation sexuelle/harcèlement</i>					
Hétérosexuel sans attirance	Sans harcèlement	Référence		Référence	
ou comportement envers le même sexe	Avec harcèlement	2,76 (2,06-3,69)	< ,001	2,11 (1,52-2,92)	< ,001
Hétérosexuel avec attirance	Sans harcèlement	3,00 (1,76-5,10)	< ,001	1,79 (0,99-3,23)	,055
ou comportement envers le même sexe	Avec harcèlement	2,61 (1,21-5,66)	,015	1,29 (0,53-3,16)	,572
Non hétérosexuel	Sans harcèlement	3,97 (2,26-6,97)	< ,001	2,35 (1,24-4,48)	,009
	Avec harcèlement	8,13 (4,68-4,15)	< ,001	4,44 (2,26-8,72)	< ,001

a. Ajusté pour : âge, sexe, humeur dépressive, consommation de drogues, batailles, abus physique et sexuel, et âge du premier contact sexuel.

Dans le Tableau 3, sur une base non ajustée, les élèves hétérosexuels sans attirance ou comportement envers le même sexe qui ont été victimes de harcèlement se sont avérés être plus de deux fois plus susceptibles d'avoir eu un plan de suicide (2,23, IC 95 % = 1,59 à 3,14), ainsi que les élèves non hétérosexuels sans harcèlement (2,58, IC 95 % = 1,30 à 5,11). Les élèves non hétérosexuels avec harcèlement étaient jusqu'à sept fois plus susceptibles d'avoir eu un plan (7,03, IC 95 % = 3,94 à

TABLEAU 3

Facteurs de risque du plan de suicide

Variable		Rapport de risque non ajusté (IC 95 %)	p	Rapport de risque ajusté ^a (IC 95 %)	p
Âge ≥ 16 ans		1,05 (0,79-1,40)	,383	0,93 (0,68-1,28)	,669
Sexe masculin		0,56 (0,42-0,75)	< ,001	0,74 (0,52-1,04)	,085
Humeur dépressive		5,91 (4,31-8,10)	< ,001	4,25 (3,03-5,96)	< ,001
Tabagisme		2,20 (1,63-2,97)	< ,001	1,27 (0,84-1,92)	,267
Alcool		1,33 (0,99-1,78)	,057	0,84 (0,59-1,19)	,323
Marijuana		1,53 (1,13-2,06)	,006	0,83 (0,55-1,25)	,372
Drogues dures		3,03 (2,01-4,57)	< ,001	1,84 (1,11-3,07)	,019
Batailles		1,75 (1,31-2,34)	< ,001	1,25 (0,88-1,76)	,209
Sérvices physiques		3,20 (2,36-4,33)	< ,001	1,92 (1,37-2,70)	< ,001
Sérvices sexuels		3,12 (2,28-4,30)	< ,001	1,43 (0,98-2,07)	,064
<i>Comportement sexuel précoce</i>					
Jamais		Référence		Référence	
≥ 14 ans		1,33 (0,96-1,85)	,089	0,93 (0,63-1,38)	,445
≤ 13 ans		2,13 (1,45-3,11)	< ,001	1,26 (0,79-2,01)	,728
<i>Orientation sexuelle/harcèlement</i>					
Hétérosexuel sans attirance ou comportement envers le même sexe	Sans harcèlement	Référence		Référence	
	Avec harcèlement	2,23 (1,59-3,14)	< ,001	1,65 (1,14-2,38)	,007
Hétérosexuel avec attirance ou comportement envers le même sexe	Sans harcèlement	2,56 (1,39-4,74)	,003	1,62 (0,84-3,13)	0,152
	Avec harcèlement	3,23 (1,44-7,26)	,005	1,91 (0,77-4,69)	0,160
Non hétérosexuel	Sans harcèlement	2,58 (1,30-5,11)	,007	1,53 (0,73-3,18)	,259
	Avec harcèlement	7,03 (3,94-12,54)	< ,001	3,38 (1,72-6,65)	< ,001

1 Ajusté pour : âge, sexe, humeur dépressive, consommation de drogues, batailles, abus physique et sexuel, et âge du premier contact sexuel.

12,54). En analyse multivariable, le rapport de risque ajusté pour un plan de suicide était de 1,65 (IC 95 % = 1,14 à 2,38) chez les élèves hétérosexuels sans attirance ou comportement envers le même sexe qui ont été victimes de harcèlement. Les élèves non hétérosexuels sans harcèlement ne présentaient pas un risque accru statistiquement significatif ($p = ,163$), mais les élèves non hétérosexuels avec harcèlement étaient plus de trois fois plus à risque (3,38, IC 95 % = 1,72 à 6,65). Le

modèle final avait un bon pouvoir discriminant (C-index = ,79) et un étalonnage raisonnable ($p = ,092$ pour la statistique HL).

Tel qu'il est indiqué dans le Tableau 4, le rapport de risque non ajusté dans le cas de tentatives de suicide chez les élèves hétérosexuels sans attirance ou comportement envers le même sexe qui avaient été victimes de harcèlement était à peu près le double (1,96, IC 95 % = 1,35 à 2,86). Les élèves non hétérosexuels sans harcèlement étaient trois fois plus à risque d'être victimes (3,05, IC 95 % = 1,53 à 6,08) et les élèves

TABLEAU 4

Facteurs de risque de la tentative de suicide

		Rapport de risque non ajusté (IC 95 %)		<i>p</i>	Rapport de risque ajusté ^a (IC 95 %)		<i>p</i>
Variable							
Âge ≥ 16 ans		1,02 (0,75-1,40)		,884	0,87 (0,61-1,22)		,412
Sexe masculin		0,57 (0,42-0,79)		< ,001	0,61 (0,42-0,89)		,010
Humeur dépressive		4,61 (3,30-6,42)		< ,001	2,96 (2,06-4,24)	< ,001	
Tabagisme		2,56 (1,86-3,54)		< ,001	1,15 (0,75-1,78)		,520
Alcool		1,52 (1,10-2,10)		,012	0,82 (0,56-1,20)		,296
Marijuana		2,25 (1,64-3,09)		< ,001	1,28 (0,84-1,96)		,249
Drogues dures		3,44 (2,25-5,28)		< ,001	1,71 (1,02-2,86)		,043
Batailles		2,47 (1,80-3,38)		< ,001	1,83 (1,27-2,65)		,001
Sérvices physiques		2,90 (2,08-4,03)		< ,001	1,66 (1,15-2,40)		,007
Sérvices sexuels		2,98 (2,12-4,20)		< ,001	1,31 (0,88-1,96)		,183
<i>Comportement sexuel précoce</i>							
Jamais		Référence			Référence		
≥ 14 ans		1,88 (1,32-2,69)		< ,001	1,31 (0,87-1,98)		,195
≤ 13 ans		2,83 (1,88-4,27)		< ,001	1,52 (0,93-2,49)		,094
<i>Orientation sexuelle/harcèlement</i>							
Hétérosexuel sans attirance ou comportement envers le même sexe		Sans harcèlement	Référence		Référence		
		Avec harcèlement	1,96 (1,35-2,86)	< ,001	1,45 (0,97-2,17)		,068
Hétérosexuel avec attirance ou comportement envers le même sexe		Sans harcèlement	2,04 (1,01-4,10)	,046	1,25 (0,59-2,62)		,559
		Avec harcèlement	2,17 (0,82-5,70)	,118	1,09 (0,38-3,13)		,880
Non hétérosexuel		Sans harcèlement	3,05 (1,53-6,08)	,002	1,69 (0,81 à 3,55)		,163
		Avec harcèlement	6,56 (3,59-12,00)	< ,001	2,87 (1,43-5,78)		,003

a. Ajusté pour : âge, sexe, humeur dépressive, consommation de drogue, batailles, abus physique et sexuel, et âge du premier contact sexuel.

non hétérosexuels avec harcèlement étaient six fois plus à risque d'être victimes (6,56, IC 95 % = 3,59 à 12,00). En analyse multivariable, après avoir fait les ajustements pour l'âge, le sexe, l'humeur dépressive, la consommation de drogue, les batailles, l'abus physique et sexuel et l'âge au premier comportement sexuel, la seule catégorie qui affichait une valeur statistique significative était les élèves non hétérosexuels avec harcèlement, qui étaient presque trois fois plus susceptibles d'avoir fait une tentative de suicide (2,87, IC 95 % = 1,43 à 5,78). Le modèle avait un bon pouvoir discriminant (C-index = ,77) et d'étalonnage ($p = ,223$ pour la statistique HL).

Examen de la question

La principale constatation de cette étude était que la différence en matière d'idées suicidaires, de planification et de tentative de suicide, entre les élèves victimes et non victimes d'intimidation, était de loin la plus importante parmi les élèves ayant une identité non hétérosexuelle, après l'ajustement des facteurs de risque : âge, sexe, humeur dépressive, consommation de drogue, batailles, abus physique et sexuel et âge au premier comportement sexuel. En analyse multivariée, tous les sous-groupes non harcelés n'étaient pas statistiquement différents pour l'ensemble des paramètres de suicide, à l'exception des idées suicidaires chez les élèves non hétérosexuels qui étaient deux fois plus susceptibles. Avec harcèlement, les élèves hétérosexuels sans attirance ou comportement envers le même sexe étaient deux fois plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires et un plan, mais n'affichaient aucune augmentation de tentatives de suicide. Les élèves hétérosexuels avec attirance ou comportement envers le même sexe et victimes de harcèlement n'affichaient aucun changement statistiquement significatif de probabilité pour les paramètres de suicide. Les élèves non hétérosexuels étaient de deux à quatre fois plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires, et d'aucune augmentation de la probabilité à trois fois plus susceptibles de planifier et de tenter de se suicider lorsque le harcèlement était présent.

Une explication possible pour les différences dans les réponses est la sévérité de l'intimidation, qui n'était pas mesurée dans notre échantillon. Il a été démontré qu'une victimisation de faible intensité mène à des réponses similaires chez les jeunes de minorité sexuelle et non de minorité sexuelle, mais une forte intensité de victimisation montre un impact sensiblement plus élevé chez les jeunes de minorité sexuelle

que chez les jeunes non de minorité sexuelle, et victimes du même genre d'intimidation. (Bontempo et D'Augelli, 2002).

Une autre possibilité est que s'identifier comme non hétérosexuel est un stress en soi. Le stress de la minorité GLB est composé de trois éléments fondamentaux : des manifestations d'homophobie externes (sociétales) objectives, l'attente et la vigilance qui suivent ces événements, et l'internalisation des attitudes sociétales négatives (Meyer, 2003). Ainsi, l'impact des manifestations d'homophobie persiste au-delà de chaque événement et peut être cumulatif. Certains processus psychosociaux sont plus fréquents chez les jeunes non hétérosexuels, tels que le désespoir, la faible estime de soi, le déséquilibre affectif et l'isolement social (Hatzenbuehler, 2009). Ces processus peuvent être le lien entre des manifestations d'homophobie répétées et l'accroissement des tendances suicidaires chez les jeunes des minorités sexuelles. En outre, les habiletés d'adaptation pour faire face aux préjugés sexuels manquent souvent car les parents des jeunes en minorité sexuelle ne les ont généralement pas inculquées à leurs enfants (Herek et Garnets, 2007). Les adolescents non hétérosexuels doivent faire face, à l'école et dans leur milieu familial, à un environnement qu'ils n'ont pas choisi et qu'ils ont peu de pouvoir de changer ; il peut être moins nocif de dissimuler son identité non hétérosexuelle que de la divulguer (Rosario, Scrimshaw et Hunter, 2009). Comme notre questionnaire demandait une auto-identification de l'orientation sexuelle, mais non une divulgation, nous ne pouvons pas commenter la détresse des personnes dissimulant ces caractéristiques. Cependant, il est possible que les élèves de notre sous-groupe, auto-identifié comme hétérosexuel avec attirance ou comportement envers le même sexe, étaient moins affectés d'avoir été témoins d'intimidation antigay ou de discrimination sociale en général parce qu'ils ne se sentaient pas visés.

Une autre ligne de pensée peut postuler que les hétérosexuels avec attirance ou comportement envers le même sexe sont intrinsèquement différents (« juste une phase ») des jeunes GLB. La documentation scientifique indique cependant que l'instabilité de l'orientation sexuelle est très répandue chez les populations adultes et adolescentes (Savin-Williams et Ream, 2007). Une étude rétrospective de 40 ans a révélé que l'identité et le comportement de nombreuses personnes de minorité sexuelle changeaient au cours de leur vie, alors que l'attirance romantique était relativement plus stable (Kinnish, Strassberg et Turner, 2005). Par conséquent, la stabilité des catégories d'orientation sexuelle de notre étude est probablement faible au fil du temps, mais

ces catégories reflètent la situation actuelle ainsi que les défis et les séquelles qu'elles soulèvent.

En séparant les aspects de l'orientation sexuelle, cette étude aide à clarifier la documentation scientifique sur les minorités sexuelles, l'intimidation et le suicide. L'absence de risque accru chez les jeunes identifiés comme hétérosexuels avec attirance ou comportement envers le même sexe semble indiquer que c'est l'interface avec la société, par l'intermédiaire de leur identité, qui rend à risque les jeunes des minorités sexuelles. Cela déplacerait le centre d'intérêt, au-delà des jeunes en minorité sexuelle, et plus vers l'intimidation et les facteurs qui y contribuent, lesquels sont présents dans l'interface sociale de ces jeunes.

Les conséquences de notre étude sont de trois ordres. Tout d'abord, notre étude soutient la nécessité d'une évaluation plus complète de l'orientation sexuelle dans les recherches futures sur les comportements à risque pour la santé, car il y a manifestement plus de variations entre les sous-groupes de minorités sexuelles qu'on ne le pensait auparavant. Deuxièmement, elle soutient la recherche sur l'interface entre l'identité et l'environnement, une zone potentiellement plus importante pour la création de tendances suicidaires qu'on ne le pensait. Enfin, elle soutient l'augmentation de la prévention primaire dans les écoles par l'enseignement des divers aspects de la sexualité aux enfants préadolescents, afin qu'ils puissent devenir une part normale du discours adolescent et réduisent le traumatisme des jeunes en minorité sexuelle. En outre, cette étude semble indiquer que mettre l'accent sur la prévention primaire de l'intimidation en soi devrait être une priorité dans les écoles étant donné les torts qu'elle cause.

Les limitations suivantes devraient être prises en considération. L'échantillonnage des écoles n'a pas été fait au hasard et il est possible que les écoles ayant des attitudes plus ouvertes envers les élèves non hétérosexuels aient été suréchantillonnées. Les résultats sont sujets à la partialité causée par l'autodéclaration et le concept transversal ne permet pas la détermination de la causalité. Les analyses ont été effectuées avec une base de données préexistante. Ainsi, nous n'avons pas pu spécifier d'avance le nombre d'élèves dans chaque groupe. Dans certains cas, tels que les élèves ayant une identité hétérosexuelle avec attirance ou comportement envers le même sexe ainsi que les élèves ayant une identité non hétérosexuelle, la taille des groupes était petite. Ainsi, les intervalles de confiance des estimations étaient vastes et ne nous permettent pas de tirer des conclusions solides sur le niveau

précis des associations. Néanmoins, les modes d'associations étaient généralement conformes entre les groupes et les analyses.

Une autre limitation est la généralisabilité. Notre étude a été réalisée à Montréal en 2004, un environnement de réputation moins homophobe que beaucoup d'autres en Amérique du Nord. Cela peut avoir conduit à des taux plus élevés de déclarations volontaires de GLB, possiblement à un plus jeune âge. Aussi, l'intensité de la violence homophobe peut être moins importante dans la région de notre étude que dans d'autres villes d'Amérique du Nord. Ce fut aussi l'année précédant la légalisation du mariage homosexuel au Canada (2005), 10 ans avant que les États-Unis fassent de même. Le taux différentiel des forces sociales en évolution fait de la généralisabilité une entreprise dans laquelle il faut faire preuve de prudence. Il est possible que les associations que nous avons démontrées ne se comporteraient pas de la même manière dans un milieu culturel significativement différent en matière de sexualité que celui de Montréal en 2004.

Cette étude était la première à démontrer que les élèves adolescents ayant une identité non hétérosexuelle auraient une augmentation disproportionnée de leurs paramètres de suicide lorsque soumis au harcèlement, mais que les élèves hétérosexuels avec attirance ou comportement envers le même sexe n'auraient pas un risque accru par rapport aux élèves hétérosexuels sans attirance envers le même sexe. Cela semble indiquer que l'attirance et le comportement envers le même sexe ne contribuent pas en eux-mêmes au risque de suicide, et que les efforts de la recherche future, de même que les efforts en santé publique auraient avantage à examiner l'interface entre l'identité sexuelle et l'école, la famille et le plus vaste milieu culturel des jeunes en minorité sexuelle. Il est nécessaire de poursuivre des études longitudinales examinant l'interaction entre tous ces facteurs.

RÉFÉRENCES

- Berlan, E.D., Corliss, H.L., Field, A.E., Goodman, E. & Bryn Austin, S. (2010). Sexual orientation and bullying among adolescents in the growing up today study. *Journal of Adolescent Health*, 46, 366-371.
- Blake, S.M., Ledsky, R., Lehman, T., Goodenow, C., Sawyer, R. & Hack, T. (2001). Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *American Journal of Public Health*, 91, 940-946.

- Bontempo D.E. & D'Augelli, A.R. (2002). Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 30, 364-374.
- Brener, N.D., Collins, J.L., Kann, L., Warren, C.W. & Williams, B.I. (1995). Reliability of the youth risk behaviour survey questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 141, 575-580.
- Brunstein Klomek, A., Sourander, A. & Gould, M. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 55, 282-288.
- CDC (2011). National Vital Statistics Report (NVSR) "Deaths: final data for 2011". NVSR 6.
- Craig, W., Harel-Fisch, Y., Fogel-Grinvald, H., Dostaler, S., Hetland, J., Simons-Morton, B.,... the HBSC Bullying Writing Group (2009). A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *International Journal of Public Health*, 54, S216-S224.
- DuRant, R.H., Krowchuk, D.P. & Sinai, S.H. (1998). Victimization, use of violence, and drug use at school among male adolescents who engage in same-sex sexual behavior. *Journal of Pediatrics*, 133, 113-118.
- Eskin, M., Kaynak-Demir, H. & Demir, S. (2005). Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behaviour in university students in Turkey. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 185-195.
- Frankowski, B.L. (2004). Committee on Adolescence. Sexual orientation and adolescents. *Pediatrics*, 113, 1827-1832.
- Garofalo, R., Wolf, R.C., Kessel, S., Palfrey, J. & DuRant, R.H. (1998). The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, 101, 895-902. doi:10.1542/peds.101.5.895
- Garofalo, R., Wolf, C., Wissow, L.S., Woods, E.R. & Goodman, E. (1999). Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153, 487-493.
- Hatzenbuehler, M.L. (2009). How does sexual minority stigma "Get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135, 707-730.
- Herek, G.M. & Garnets, L.D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 353-375.
- Hershberger, S.L. & D'Augelli, A.R. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay and bisexual youths. *Developmental Psychology*, 31, 65-74.
- Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*. 2nd edition, New York: John Wiley & Sons.
- Igartua, K., Thombs, B.D., Burgos, G. & Montoro, R. (2009). Concordance and discrepancy in sexual identity, attraction, and behaviour among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45, 602-608.

- Institut national de santé publique du Québec (2011). La mortalité par suicide au Québec 1981 à 2011, 6.
- Kessler, R.C., Borges, G. & Walters, M.S. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56, 617-626.
- Kinnish, K.K., Strassberg, D.S. & Turner, C.W. (2005). Sex differences in the flexibility of sexual orientation: a multidimensional retrospective assessment. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 171-183.
- Marshal, M.P., Dietz, L.J., Friedman, M.S., Stall, R., Smith, H.A., McGinley, J., Thoma, B.C., ... Brent, D.A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health*, 49, 115-123.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Reinherz, H.Z., Tanner, J.L., Berger, S.R., Beardslee, W.R. & Fitzmaurice, G.M. (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1226-1232.
- Remafedi, G., French S., Story, M., Resnick, M.D. & Blum, R. (1998). The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *American Journal of Public Health*, 88, 57-60.
- Robin, L., Brener, N.D., Donahue, S.F., Hack, T., Hale, K. & Goodenow, C. (2002). Associations between health risk behaviors and opposite-, same-, and both-sex sexual partners in representative samples of Vermont and Massachusetts high school students. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 349-355.
- Rosario, M., Schrimshaw, E.W., Hunter, J. & Braun, L. (2006). Sexual identity development among lesbian, gay and bisexual youths: consistency and change overtime. *The Journal of Sex Research* 43, 46-58. doi:10.1080/00224490609552298
- Rosario, M., Schrimshaw, E.W. & Hunter, J. (2009). Disclosure of sexual orientation and subsequent substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual youths: critical role of disclosure reactions. *Psychology of Addictive Behaviours*, 23, 175-184. doi:10.1037/a0014284.
- Russell, S.T. & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91, 1276-1281.
- Saewyc, E.M., Bauer, G.R., Skay, C.L., Bearinger, L.H., Resnick, M.D., Reis, E. & Murphy, A. (2004). Measuring sexual orientation in adolescent health surveys: evaluation of eight school-based surveys. *Journal of Adolescent Health*, 35, 345e1-345e15.
- Saewyc, E.M., Skay, C.L., Pettingell, S.L., Reis, E.A., Bearinger, L., Resnick M., ... Leigh Combs (2006). Hazards of stigma: the sexual and physical abuse of gay,

- lesbian, and bisexual adolescents in the United States and Canada. *Child Welfare LXXX*.
- Safren, S.A. & Heimberg, R.G. (1999). Depression, hopelessness, suicidality, and related factors in sexual minority and heterosexual adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 859-866. V, 195-213.
- Savin-Williams, R.C. & Ream, G.L. (2007). Prevalence and stability of sexual orientation components during adolescence and young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 385-394.
- Statistics Canada (2011). Suicides and suicide rate, by sex and by age group (both sexes rate). *CANSIM*, table 102-0551.
- Wichstrom, L. & Hegna, K. (2003). Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 144-151.
- Zhao, Y., Montoro, R, Igartua, K.& Thombs, B.D. (2010). Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting “unsure” sexual identity or heterosexual identity plus same-sex attraction or behaviour: forgotten groups? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 104-113.

Les expériences de victimisation, la santé mentale et le bien-être de jeunes trans au Québec

Guillaume Raymond^a

Martin Blais^b

Félix-Antoine Bergeron^c

Martine Hébert^b

RÉSUMÉ Les normes traditionnelles de genre prescrivent l'adéquation de l'expression de la masculinité et de la féminité au sexe anatomique de naissance. Les personnes qui présentent des variations dans l'expression de genre sont sujettes à diverses formes de réactions sociales suggérant la réprobation (des regards désapprouvateurs aux violences physiques) susceptibles d'influencer négativement leur santé mentale. Trente-sept jeunes se décrivant comme trans ou en questionnement sur leur identité de genre ont été recrutés dans le cadre de l'enquête sur les Parcours amoureux des jeunes de minorités sexuelles du Québec. Leurs expériences de victimisation parentale et de victimisation basée sur la non-conformité de genre ainsi que des indicateurs de santé mentale (détresse psychologique, estime de soi) ont été mesurés. Afin de comparer les expériences de victimisation et l'état de santé mentale des jeunes trans, ils ont été appariés à 37 garçons et 37 filles cisgenres sur la base de leurs caractéristiques sociodémographiques. Des analyses de prévalence et un modèle acheminatoire ont été réalisés. Les résultats

-
- a. Doctorant en psychologie, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
 - b. Ph. D., professeurs titulaires, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
 - c. Étudiant à la maîtrise en sexologie, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

mettent en évidence que les jeunes trans sont plus susceptibles de présenter des scores cliniques de détresse psychologique et de faible estime d'eux-mêmes que leurs pairs cisgenres. La violence verbale parentale et la victimisation basée sur la non-conformité de genre influencent négativement l'estime de soi, ce qui en retour augmente la probabilité de vivre de la détresse psychologique. Les résultats appuient l'importance des interventions de soutien à la diversité sexuelle et de genre.

MOTS CLÉS jeunes trans, victimisation homophobe, victimisation parentale, détresse psychologique, estime de soi

Victimization, mental health and well-being among trans youths in the province of Quebec

ABSTRACT Introduction Trans youths are more likely to experience negative social and parental reactions suggesting reprehension, from disapproving looks to physical violence. While victimization increases the likelihood of poor mental health outcomes, little is known about potential mediating factors between mental health and victimization. Self-esteem is one of the factors that may mediate the impact of homophobic victimization on mental health. Yet, data on trans youths are scarce.

Objectives The objectives of this paper are: 1) to compare trans youths to cisgender heterosexual male and female youths regarding two different forms of victimization (victimization based on gender nonconformity and parental verbal abuse), self-esteem, and psychological distress, as well as 2) to test a path model of the impact of these two forms of victimization on self-esteem and psychological distress.

Methods Data for this study are drawn from the Quebec Youths' Romantic Relationships survey. Data were collected among youth aged 14 to 22 years old recruited either in schools or online. Thirty-seven participants endorsed being trans or questioning their gender identity. They were paired to 74 cisgender heterosexual youths (37 male and 37 female) using propensity scores based on socio-demographic characteristics.

Results Results showed that verbal parental abuse and victimization based on gender nonconformity were more prevalent among trans participants. Parental verbal abuse and victimization based on gender nonconformity were both directly and negatively associated with self-esteem (explained variance: 36%). Sexual status explains 19.6% of the variance of parental victimization and 50.6% of the variance of victimization on the basis of gender nonconformity. A higher self-esteem was associated with decreased psychological distress (explained variance: 66.9%). Moreover, parental verbal abuse was also directly associated with higher psychological distress. Although there was no direct relationship between trans status and psychological distress and self-esteem, its total indirect effects on these two indicators of mental health and wellbeing status were significant (p -value < 0.001), suggesting that the impact of sexual status on them is mediated by the victimization.

Conclusion This study showed the high vulnerability of trans youths to poor mental health and wellbeing outcomes because of the victimization they experience. The results highlight the importance of preventing victimization based on sexual-minority status and to educate people, including parents, to sexual and gender diversity.

KEYWORDS trans youth, homophobic victimization, parental victimization, psychological distress, self-esteem

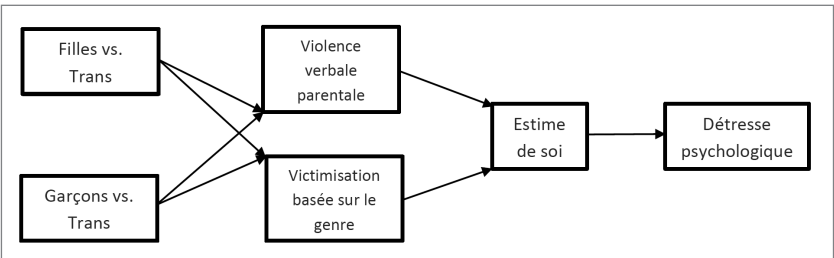
L'expression « personnes trans » regroupe un large éventail de personnes qui se définissent comme étant transgenres ou transsexuelles et dont l'identité de genre ou l'expression des rôles et des comportements de genre ne correspondent pas aux attentes culturelles traditionnelles sur le genre (Grossman et D'Augelli, 2007 ; Hébert, Chamberland et Enriquez, 2012). Comparativement aux personnes qui expriment leurs rôles et comportements en concordance avec les stéréotypes traditionnels de genre, les jeunes trans sont plus à risque de vivre de la violence (Almeida, Johnson, Corliss, Molnar et Azrael, 2009 ; Grossman et D'Augelli, 2006, 2007 ; McGuire, Anderson, Toomey et Russell, 2010) et d'en voir leur santé mentale affectée (Grossman et D'Augelli, 2006). Par exemple, près de 9 jeunes trans sur 10 (87 %) vivraient de la victimisation basée sur le genre sous forme de violence verbale et plus de la moitié (53 %) rapporte avoir été harcelée physiquement dans des milieux de vie tels que l'école (Greytak, Kosciw et Diaz, 2009). Grossman et D'Augelli (2007) rapportent que jusqu'à 73 % des jeunes trans sont « parfois » ou « souvent » harcelés verbalement par leurs parents au sujet de leur expression de genre.

La victimisation jouerait un rôle médiateur important entre la non-conformité de genre et l'ajustement psychologique des jeunes (Toomey, Ryan, Diaz, Card et Russel, 2013). Cette victimisation expliquerait que les jeunes trans sont jusqu'à 6 fois plus à risque de présenter des symptômes de détresse psychologique que les jeunes cisgenres (Almeida *et al.*, 2009 ; Clark *et al.*, 2014 ; Grossman et D'Augelli, 2006, 2007), dont l'identité de genre correspond au sexe anatomique de naissance. Il en va de même pour le rejet par les parents qui constitue une source importante de stress affectant la santé mentale et le bien-être psychologique de ces jeunes (Grossman et D'Augelli, 2007).

La détresse associée à la victimisation basée sur le statut sexuel minoritaire se traduit pour une proportion significative de jeunes trans par des idéations suicidaires et des tentatives de suicide (Almeida *et al.*, 2009 ; Grossman et D’Augelli, 2007 ; Robinson et Espelage, 2011). Ainsi, près de la moitié des jeunes trans auraient déjà pensé au suicide (Grossman et D’Augelli, 2007) et entre 12 et 20 % auraient déjà tenté de se suicider (Clark *et al.*, 2014 ; Grossman et D’Augelli, 2007), ce qui représente un risque jusqu’à 5 fois plus important que les jeunes cis-genres. Il en va de même pour la victimisation des parents. Chez les jeunes trans, un rejet de la part d’un parent peut être une source importante de stress et mener au suicide (Grossman et D’Augelli, 2007). Il est donc prioritaire de mieux comprendre les facteurs associés à la détresse psychologique susceptibles de contribuer à la vulnérabilité particulière des jeunes trans.

L’estime de soi serait un des facteurs susceptibles d’expliquer l’impact de la victimisation homophobe sur la détresse psychologique. En effet, la victimisation basée sur le statut sexuel minoritaire serait associée à une plus faible estime de soi chez les jeunes de minorités sexuelles (Kosciw, Palmer, Kull et Greytak, 2013), notamment en raison de l’intériorisation d’une vision négative de son statut sexuel minoritaire (Blais, Gervais et Hébert, 2014). Il est donc plausible qu’en raison de la victimisation qu’ils subissent, les jeunes trans voient leur estime d’eux-mêmes diminuée et que cette variable joue un rôle médiateur significatif entre la victimisation et la détresse psychologique. Néanmoins, ces hypothèses, schématisées dans la Figure 1, restent non explorées parmi les jeunes trans.

FIGURE 1
Modèle acheminatoire postulant les effets du genre sur la victimisation et la santé mentale



Dans ce contexte, cet article vise à 1) comparer les jeunes trans à de jeunes garçons et filles cisgenres exclusivement hétérosexuels à l'égard de deux formes de victimisation (par les parents et basée sur la non-conformité de genre), de l'estime de soi et de la détresse psychologique; et 2) explorer le rôle de deux formes de victimisation (insultes par les parents et victimisation basée sur la non-conformité de genre) sur l'estime de soi et la détresse psychologique via un modèle acheminatoire.

Méthode

Design

Les données de cette étude proviennent de l'enquête sur les Parcours amoureux des jeunes du Québec, dans laquelle 8194 jeunes de 14 à 22 ans ont été recrutés. Un premier volet a été réalisé auprès de 34 écoles secondaires du Québec. Un deuxième volet, communautaire, porte spécifiquement sur les jeunes LGBTQ du Québec. Ces derniers participants ont été recrutés de diverses manières, par des organismes communautaires travaillant auprès de jeunes LGBTQ ainsi qu'au moyen de publicités ciblées sur les médias sociaux tels que *Facebook*. Le projet a été approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal.

L'échantillon analysé dans la présente étude est composé de 37 jeunes trans ou en questionnement sur leur identité de genre, provenant du volet communautaire. Ces 37 jeunes trans ont été appariés à 37 jeunes femmes et 37 jeunes hommes cisgenres et exclusivement hétérosexuels. Les jeunes cisgenres ont été sélectionnés parmi les répondants du volet scolaire se décrivant comme exclusivement hétérosexuels afin de minimiser la possibilité que les jeunes cisgenres aient subi des expériences de victimisation sur la base d'un statut sexuel minoritaire, puisque les jeunes présentant une orientation sexuelle non exclusivement hétérosexuelle sont aussi fréquemment discriminés sur la base d'une non-conformité de genre (Kosciw, Greytak, Bartkiewicz, Boesen et Palmer, 2012). Les jeunes cisgenres ont été appariés aux jeunes trans en utilisant des scores de propension basés sur les caractéristiques sociodémographiques suivantes : âge, région géographique (Montréal, Québec ou autre), statut migratoire (Canadien de souche ou non), contexte de résidence familiale (résident avec les parents ou non) et niveau de scolarité (1^{er} cycle du secondaire, 2^e cycle du secondaire, postsecondaire ou autre). Un score de propension représente la

probabilité qu'un individu soit assigné à un groupe considérant plusieurs variables. L'usage des scores de propension permet de réduire les possibles biais de sélection dans l'appariement de différents groupes. Dans un premier temps, des scores de propension ont été estimés par régression logistique pour chaque jeune trans et chaque fille à partir des variables sociodémographiques déjà indiquées. Ensuite, un indicateur de proximité est calculé pour déterminer les observations du groupe de comparaison les plus similaires à celles du groupe à l'étude. Les mêmes étapes ont été répétées pour appairer les jeunes garçons aux jeunes trans.

Variables

Statut sexuel. Trois catégories de statut sexuel ont été créées : jeunes trans, garçons cisgenres et filles cisgenres. Ce statut a été établi à partir de la combinaison du sexe et de la question suivante : « Quand leur sexe de naissance et leur identité de genre (sentiment d'appartenance à un sexe) ne concordent pas, certains se définissent comme une personne trans (transgenre, transsexuelle, trans). Te considères-tu comme une personne trans ? (*oui/non/en questionnement*) ». Les jeunes ont été classés comme trans s'ils répondaient *oui* ou *en questionnement* à cette question. Parmi les jeunes exclusivement hétérosexuels, ceux qui répondaient *non* étaient classés comme cisgenres.

Victimisation basée sur la non-conformité de genre. Un énoncé mesurait la victimisation basée sur la non-conformité de genre (*Dans les 12 derniers mois, as-tu personnellement été traité de façon injuste parce qu'on considérerait que tu étais trop féminin ou pas assez masculin [pour les garçons] ou trop masculine ou pas assez féminine [pour les filles] ?*). À cet énoncé, les participants pouvaient répondre par *oui*, *non*, *je ne sais pas*. Un score dichotomique (oui vs non/je ne sais pas) a été calculé afin d'identifier les participants qui avaient vécu au moins un épisode de cette forme de victimisation au cours de la dernière année.

Violence verbale des parents. Deux énoncés, l'un pour la mère et l'autre pour le père, mesuraient la violence verbale (insultes ou remarques blessantes) des parents (*Ma mère/mon père... me dit des choses blessantes et/ou insultantes*). L'échelle de réponse se déclinait en 5 options sur une échelle de Likert : de *jamais* (1) à *très souvent* (5). Deux scores ont été calculés : 1) un score de prévalence distinguant *aucune* vs *au moins une occurrence* de victimisation (pour les analyses descriptives) et 2) une moyenne (pour le modèle acheminatoire).

Estime de soi. Afin de mesurer l'estime de soi des participants, des items tirés du Self-Description Questionnaire (Marsh et O'Neill, 1984) ont été utilisés. Les répondants devaient indiquer à quel point les énoncés proposés décrivaient ce qu'ils pensent d'eux-mêmes (par exemple: « En général, je m'aime comme je suis », « J'ai beaucoup de qualités »). Une échelle de réponses proposant 5 choix était présentée: *Faux* (1), *Plutôt faux* (2), *Parfois faux/Parfois vrai* (3), *Plutôt vrai* (4) et *Vrai* (5). La cohérence interne de cette échelle est excellente ($\alpha = 0,91$). Deux scores ont été calculés: 1) la prévalence d'une faible estime de soi (score de 10 et moins; cf. Statistique Canada, 2005, pour les résultats descriptifs) et 2) la moyenne (pour le modèle acheminatoire).

Détresse psychologique. La détresse psychologique a été mesurée par le Kessler Psychological Distress Scale (Kessler *et al.*, 2002): « Au cours de la semaine qui vient de s'écouler, à quelle fréquence t'es-tu senti/e... ». La question était suivie de 10 énoncés (par exemple: ... épuisé/e sans véritable raison). Chaque énoncé était mesuré par une échelle de Likert à 5 options: *Jamais* (0), *Rarement* (1), *Parfois* (2), *La plupart du temps* (3) et *Tout le temps* (4). La cohérence interne de cette échelle est excellente ($\alpha = 0,93$). Deux scores ont été calculés: 1) la prévalence de la détresse psychologique clinique (score de 20 et plus, cf. Donker *et al.*, 2010, pour les résultats descriptifs) et 2) la moyenne (pour le modèle acheminatoire).

Analyses statistiques

Dans l'objectif de comparer les groupes de jeunes trans, de filles cisgenres et de garçons cisgenres sur les mesures retenues, une analyse de variance a été réalisée pour la variable d'âge (continue) et des tests exacts de Fisher ont été réalisés pour les autres variables en raison de leur nature catégorielle et de la présence de cellules à faible effectif. L'identification des différences entre les trois groupes sur les variables catégorielles repose sur l'examen des résidus standardisés ajustés.

Dans l'objectif de modéliser l'impact du genre et de la victimisation sur l'estime de soi et la détresse psychologique, le modèle acheminatoire présenté à la Figure 1 a été testé avec le logiciel *Mplus* 7.11 sur l'ensemble de l'échantillon regroupant les jeunes trans et les jeunes cisgenres (Muthén et Muthén, 1998-2013). Le modèle a été estimé avec un estimateur non linéaire et robuste à l'anormalité des distributions (WLSMV). Les modifications apportées au modèle ont été basées sur l'examen des résidus qui résultent de la différence entre les patrons de réponses observés et les patrons de réponses prédits par le modèle

testé. L'ajustement du modèle a été déterminé par un test de chi-carré non significatif qui signale l'absence de différence significative entre le modèle postulé et les données observées.

Résultats

Le tableau 1 présente les caractéristiques des participants. L'âge moyen des participants est de 16 ans. Les garçons et les filles cisgenres habitaient tous avec au moins un de leur parent d'origine. Les jeunes trans habitaient avec leurs deux parents d'origine ou un seul des deux parents (71,5 %), alors que 8,1 % habitaient avec leur partenaire amoureux et que 20,4 % vivaient dans un autre contexte (famille élargie, famille d'accueil, colocation, appartement supervisé). Plus de la moitié des répondants résidaient dans la région de Montréal et plus de 90 % étaient nés au Canada. Près des trois quarts (73 %) d'entre eux étaient étudiants au 2^e cycle du secondaire. Seuls l'âge et le niveau de scolarité étaient significativement plus élevés chez les participants trans.

En ce qui concerne les indicateurs de santé mentale et de bien-être, la proportion de répondants rapportant un score clinique de détresse psychologique était de 44,9 %. Cette proportion était significativement plus élevée chez les jeunes trans (72,7 %), alors qu'elle était plus faible chez les garçons cisgenres (18,9 %) et ne s'en distinguait pas chez les filles cisgenres (45,9 %). Environ un tiers (30,2 %) de l'ensemble des répondants présentait une faible estime de soi. La proportion observée chez les filles cisgenres (29,7 %) se rapproche de la moyenne observée dans l'ensemble de l'échantillon, alors que les jeunes trans présentaient une proportion significativement plus élevée (53,1 %), contrairement aux garçons cisgenres qui présentaient un niveau plus faible (10,8 %).

Environ soixante-dix pour cent (70,3 %) des participants trans ont subi de la violence basée sur la non-conformité de genre et 65,6 % d'entre eux ont subi de la violence verbale de la part de leurs parents. Ces proportions étaient significativement plus élevées que les taux moyens observés dans l'échantillon (27,9 % pour la violence basée sur la non-conformité de genre et 47,8 % pour la violence verbale des parents).

TABLEAU 1
Description des participants

	Total	Statut sexuel			Statistique	
		Participants trans	Garçons cisgenres	Filles cisgenres		
		Moyenne (écart-type)			F (dl)	Valeur p
Âge*	16,5	17,2 (1,96) ^{a,b}	16,1 (0,97) ^a	16,1 (1,08) ^b	7,84	< 0,001
		N (%)			Chi2 (dl)	Valeur p†
Résidence					2,13 (2)	0,35
Avec ses parents	43 (38,7)	11 (29,7)	17 (45,9)	15 (40,5)		
Autres contextes	68 (61,3)	26 (70,3)	20 (54,0)	22 (59,5)		
Strates géographiques					3,08 (4)	0,61
Montréal	57 (51,4)	17 (45,9)	19 (51,4)	21 (56,8)		
Québec	13 (11,7)	7 (18,9)	3 (8,1)	3 (8,1)		
Régions périphériques et éloignées	41 (36,9)	13 (35,1)	15 (40,5)	13 (35,1)		
Trajectoire migratoire					6,81 (2)	0,07
Canadien de souche	101 (91,0)	30 (81,1)	36 (97,3)	35 (94,6)		
Autre	10 (9,0)	7 (18,9)	1 (2,7)	2 (5,4)		
Niveau de scolarité					57,51 (6)	< 0,001
1 ^{er} cycle du secondaire	8 (7,2)	5 (13,5)	3 (8,1)	0		
2 ^e cycle du secondaire	81 (73,0)	11 (29,7)	34 (91,9)	36 (97,3)		
Postsecondaire	13 (11,7)	12 (32,4)	0	1 (2,7)		
Autre	9 (8,1)	9 (24,3)	0	0		
Indicateurs de santé mentale						
Détresse psychologique clinique	48 (44,9)	24 (72,7)	7 (18,9)	17 (45,9)	20,44 (2)	< 0,001
Faible estime de soi	32 (30,2)	17 (53,1)	4 (10,8)	11 (29,7)	14,58 (2)	0,001
Indicateurs de victimisation						
Victimisation basée sur la non-conformité de genre	31 (27,9)	26 (70,3)	2 (5,4)	3 (8,1)	49,50 (2)	< 0,001
Victimisation verbale des parents	53 (50,0)	21 (65,6)	10 (27,0)	22 (59,5)	12,26 (2)	0,002

* Les sous-groupes partageant le même exposant sont significativement différents l'un de l'autre.

† La valeur *p* rapportée a été déterminée à partir de tests exacts de Fisher, plus robustes que les tests de Chi-carré de Pearson lorsque les tableaux croisés comportent des cellules à faible effectif.

TABLEAU 2

**Coefficients de corrélation entre les variables incluses
dans le modèle acheminatoire**

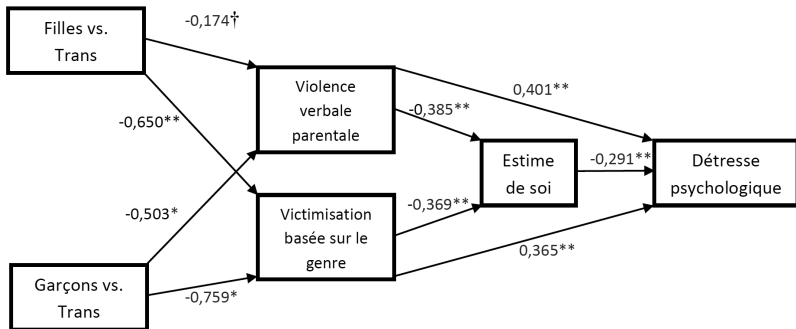
	Estime de soi	Détresse psychologique	Victimisation verbale des parents	Victimisation basée sur la non-conformité de genre	Filles vs trans
Estime de soi	-				
Détresse psychologique	-0,664	-			
Victimisation verbale des parents	-0,471	0,608	-		
Victimisation basée sur la non-conformité de genre	-0,484	0,564	0,307	-	
Filles vs trans	-0,032	-0,122	0,086	-0,575	-
Garçons vs trans	0,545	-0,683	-0,634	-0,663	-0,820

Le tableau 2 présente la matrice de corrélation à partir de laquelle le modèle présenté à la Figure 1 a été testé. Ce modèle a été testé sur l'ensemble de l'échantillon, regroupant les jeunes trans, les garçons cisgenres et les filles cisgenres. Pour tenir compte de la différence entre ces groupes, deux variables indicatrices ont été incluses (garçons cisgenres vs trans, filles cisgenres vs trans), permettant ainsi d'isoler les différences potentielles entre les jeunes trans, le groupe d'intérêt, et les jeunes cisgenres des deux sexes. Bien que le modèle testé (Figure 1) montre des relations significatives entre les variables dans les directions postulées, le test du modèle suggère un ajustement inadéquat aux données observées, souligné par une valeur p inférieure à 0,05 (χ^2 (dl = 7) = 15,11, p = 0,035). Des relations directes entre les deux indicateurs de victimisation et la détresse psychologique ont été ajoutées dans le modèle révisé (voir Figure 2) et ont permis d'obtenir un excellent ajustement (χ^2 (dl = 5) = 3,32, p = 0,65).

Ce modèle confirme que les jeunes trans étaient significativement plus nombreux à avoir subi de la victimisation sur la base de la non-conformité de genre que les garçons et les filles cisgenres. Ils étaient aussi plus susceptibles de rapporter de la violence verbale parentale que les garçons cisgenres, mais ne se distinguaient pas significativement des filles cisgenres à cet égard (bien qu'une tendance statistique se dégage avec une valeur p = 0,054). Les résultats montrent que la violence verbale des parents et la victimisation basée sur la non-confor-

FIGURE 2

Modèle acheminatoire révisé (coefficients standardisés)



Note. † $p = 0,054$; * $p < 0,01$; ** $p < 0,001$.

mité de genre sont toutes deux directement et négativement associées à l'estime de soi, dont la proportion de variance expliquée par le modèle est de 35,9 %. Le statut sexuel explique 19,6 % de la variance de la victimisation parentale et 50,6 % de la variance de la victimisation sur la base du statut sexuel minoritaire. Or, une estime de soi plus élevée est associée à une diminution de la détresse psychologique (variation expliquée : 66,9 %). Enfin, la violence verbale des parents est aussi directement associée à des scores de détresse psychologique plus élevés. Bien qu'il n'y ait pas de relation directe entre le statut trans et la détresse psychologique ou l'estime de soi, les effets indirects totaux du statut trans sur ces deux indicateurs de santé mentale et de bien-être sont significatifs (valeur $p < 0,001$), suggérant que l'impact du statut sexuel minoritaire est médiatisé par la victimisation à laquelle il est associé.

Discussion

Cet article visait à 1) comparer des jeunes trans à de jeunes garçons et filles cisgenres exclusivement hétérosexuels sur des indices de santé mentale, de bien-être et de victimisation sur la base du statut sexuel minoritaire; et 2) explorer le rôle de deux formes de victimisation (par les parents et basée sur la non-conformité de genre) sur l'estime de soi et la détresse psychologique. En ce qui concerne le premier objectif, les résultats confirment que les jeunes trans présentent des indices de

santé mentale et de bien-être plus faibles que les garçons et les filles cisgenres, 72,7 % rapportant de la détresse psychologique clinique et 53,1 % une estime d'eux-mêmes significativement faible. Cet écart s'avère beaucoup plus grand entre les garçons cisgenres et les jeunes trans qu'entre ces derniers et les filles cisgenres. Cette différence où les jeunes filles présentent généralement des scores plus élevés de symptômes dépressifs et d'idéations suicidaires que les garçons est aussi observée dans d'autres études (Schneider, O'Donnell, Stueve et Coulter, 2012). Les résultats montrent aussi que plus des deux tiers des jeunes trans rapportent des expériences de victimisation sur la base de la non-conformité de genre et d'insultes ou de remarques blessantes de leurs parents. Bien que les mesures utilisées ne permettent pas de savoir si ces remarques ciblent spécifiquement leur genre, cette différence souligne néanmoins que le statut trans augmente l'exposition à la violence verbale des parents. Ces prévalences sont similaires dans les deux cas à celles rapportées par Greytak *et al.* (2009) et Grossman et D'Augelli (2007).

En ce qui concerne le second objectif, les résultats confirment l'impact de la victimisation par les parents et de celle basée sur la non-conformité de genre sur l'estime de soi des jeunes et leurs répercussions sur la détresse psychologique. Contrairement au modèle initialement proposé, l'effet de la victimisation sur la détresse psychologique ne se traduit pas entièrement via ses effets sur l'estime de soi. En effet, la détresse psychologique est influencée à la fois directement par la victimisation et, indirectement, via l'impact de cette dernière sur l'estime de soi. L'estime de soi joue donc un rôle de médiation partielle entre la victimisation et la détresse psychologique.

Ces résultats confirment les conclusions des études antérieures auprès de jeunes trans sur la prévalence significativement plus élevée des difficultés de santé mentale (Almeida *et al.*, 2009; Kosciw *et al.*, 2012), bien que la prévalence de détresse psychologique dans le présent échantillon soit plus élevée que celles rapportées par Clark *et al.* (2014; 72,7 % vs 41,3 %). La relation observée entre la victimisation basée sur le statut sexuel minoritaire et l'estime de soi par Kosciw *et al.* (2013) dans leur étude auprès de jeunes de minorités sexuelles est ici confirmée. De plus, les résultats montrent que la relation observée par Williams, Connolly, Pepler et Craig (2005) sur le rôle médiateur de la victimisation entre le statut sexuel minoritaire et la santé mentale chez des jeunes non exclusivement hétérosexuels est également présente chez les jeunes trans. La relation observée entre les propos insultants ou

blessants des parents et la détresse psychologique fait écho aux résultats de Ryan, Huebner, Diaz et Sanchez (2009) montrant que les jeunes qui vivent du rejet de la part de leurs parents sont plus susceptibles de rapporter des symptômes de dépression.

Ces résultats montrent l'importance de mettre en place des programmes visant la prévention de la violence faite aux personnes trans et le changement des attitudes défavorables qui invalident le vécu des jeunes trans, notamment l'idée que la transidentité peut être une phase ou doit être traitée (Singh, Meng et Hansen, 2014). Des actions concrètes telles que la formation du personnel scolaire ou la sensibilisation des élèves devraient être développées et implantées pour réduire l'intimidation dans les écoles. De tels programmes permettent d'ailleurs aux étudiants trans de se sentir plus reconnus par le personnel de l'école et plus en sécurité (McGuire *et al.*, 2010). Des programmes de soutien pour les jeunes trans victimes de violence devraient être mis en place afin de créer des espaces sécuritaires et ouverts à la diversité sexuelle. Ces programmes devraient notamment favoriser le renforcement de l'estime de soi et le développement d'habiletés de gestion face à la victimisation. En ce qui a trait aux parents, il est nécessaire de les aider à mieux comprendre la réalité trans et à se montrer plus ouverts à la diversité sexuelle et de genre. Ils doivent également être conscientisés quant à leur rôle déterminant sur la santé mentale de leur enfant. Il est nécessaire de mieux les outiller pour faire face aux réalités de leur enfant trans afin de le soutenir face à la discrimination à laquelle il est exposé, et en faire des alliés de son développement harmonieux.

Cette étude comporte certaines limites. D'abord, il s'agit d'une étude corrélationnelle et les résultats ne permettent pas de statuer sur le caractère causal des relations observées. De plus, les mesures auto-rapportées sont sujettes à des biais de désirabilité sociale, de mémoire et de minimisation ou d'amplification des expériences vécues. Il aurait aussi été utile de demander aux participants trans de spécifier leur sexe à la naissance et leur genre souhaité (masculin vers féminin, ou féminin vers masculin). Cette information aurait permis d'explorer la différence du vécu trans selon la direction de la transition ou du questionnement. Une autre limite réfère aux modalités de recrutement. Les jeunes trans ont été recrutés via des organismes communautaires travaillant auprès des jeunes de minorités sexuelles ou des ressources en ligne les ciblant. Ces jeunes peuvent donc présenter des caractéristiques différentes des jeunes qui n'ont pas été rejoints par l'étude. Enfin, il importe de souligner que le petit échantillon implique une faible puissance statistique

et une sous-détection probable de certaines différences entre les groupes.

En dépit de ces limites, cette étude a permis de confirmer que les jeunes trans présentent un niveau de victimisation élevé et qu'ils doivent faire l'objet d'une attention particulière dans les politiques de lutte contre la transphobie et l'intimidation. La prévention des problèmes de santé mentale des jeunes trans passe par l'éducation et la mise en place de programmes d'intervention spécifiques à leur réalité.

Remerciements : Les auteurs remercient les écoles et les organismes communautaires qui ont soutenu le recrutement, notamment le Conseil québécois LGBT, ainsi que les jeunes qui ont participé à l'enquête. Ce travail a été financé par les Instituts de recherche en Santé du Canada (www.irscc-icr.gc.ca) FRN: 103944.

RÉFÉRENCES

- Almeida, J., Johnson, R. M., Corliss, H. L., Molnar, B. E., et Azrael, D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 1001-1014. doi: 10.1007/s10964-009-9397-9
- Blais, M., Gervais, J., et Hébert, M. (2014). Internalized homophobia as a partial mediator between homophobic bullying and self-esteem among youths of sexual minorities in Quebec (Canada). *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 727-735. doi: 10.1590/1413-81232014193.16082013
- Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., et Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93-99. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.11.008
- Donker, T., Comijs H., Cuijpers P., Terluin B., Nolen W., Zitman F. and Penninx B. (2010). The validity of the Dutch K10 and extended K10 screening scales for depressive and anxiety disorders. *Psychiatry research*, 176(1), 45-50.
- Greytak, E. A., Kosciw, J. G., et Diaz, E. M. (2009). *Harsh Realities: The Experiences of Transgender Youth in Our Nation's Schools*. New York, NY: GLSEN.
- Grossman, A. H., et D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 111-128. doi: 10.1300/J082v51n01_06
- Grossman, A. H. et D'Augelli, A. R. (2007). Transgender Youth and Life-Threatening Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527-537. doi: 10.1521/suli.2007.37.5.527
- Hébert, B., Chamberland, L., et Enriquez, M. C. (2012). Les aîné-es trans: une population émergente ayant des besoins spécifiques en soins de santé, en

- services sociaux et en soins liés au vieillissement. *Frontières*, 25(1), 57-81. doi: 10.7202/1018231ar
- Kessler, R. C., Andrews G., Colpe L. J., Hiripi E., Mroczek D. K., Normand S.-L. T., Walters E. E. and Zaslavsky A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*, 32, 959-976.
- Kosciw, J. G., Greytak, E. A., Bartkiewicz, M. J., Boesen, M. J., et Palmer, N. A. (2012). *The 2011 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in our nation's schools*. New York, NY: GLSEN.
- Kosciw, J. G., Palmer, N. A., Kull, R. M., et Greytak, E. A. (2013). The Effect of Negative School Climate on Academic Outcomes for LGBT Youth and the Role of In-School Supports. *Journal of School Violence*, 12(1), 45-63. doi: 10.1080/15388220.2012.732546
- Marsh, H. W. and O'Neill R. (1984). Self description questionnaire III: the construct validity of multidimensional self-concept ratings by late adolescents. *J Educ Meas* 21, 153-174.
- McGuire, J. K., Anderson, C. R., Toomey, R. B., et Russell, S. T. (2010). School climate for transgender youth: a mixed method investigation of student experiences and school responses. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(10), 1175-1188. doi: 10.1007/s10964-010-9540-7
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychology Bulletin*, 129(5), 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Muthén, L. K., et Muthén, B. O. (1998–2013). *MPlus user's guide* (7th ed.). Los Angeles, CA: Muthén et Muthén.
- Robinson, J. P., et Espelage, D. L. (2011). Inequities in educational and psychological outcomes between LGBTQ and straight students in middle and high school. *Educational Researcher*, 40(7), 315-330. doi: 10.3102/0013189x11422112
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., et Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352.
- Schilt, K., et Westbrook, L. (2009). Doing Gender, Doing Heteronormativity: "Gender Normals", Transgender People, and the Social Maintenance of Heterosexuality. *Gender & Society*, 23(4), 440-464. doi: 10.1177/0891243209340034
- Schneider, S. K., O'Donnell, L., Stueve, A., et Coulter, R. W. (2012). Cyberbullying, school bullying, and psychological distress: A regional census of high school students. *American Journal of Public Health*, 102(1), 171-177.
- Singh, A. A., Meng, S. E. and Hansen, A. W. (2014). "I Am My Own Gender": Resilience Strategies of Trans Youth. *Journal of Counseling & Development*, 92(2), 208-218. doi: 10.1002/j.1556-6676.2014.00150.x
- StataCorp. 2013. *Stata Statistical Software: Release 13*. College Station, TX: StataCorp LP.

- Statistique Canada. 2007. *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. Matériel d'enquête 2006-2007 - Cycle 7 - Livre 2 - Questionnaire du jeune*. Ottawa, Ontario: Statistique Canada.
- Statistique Canada. 2005. *Rapports sur la santé*. Ottawa, Ontario: Statistique Canada.
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., et Russell, S. T. (2013). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 71-80. doi: 10.1037/2329-0382.1.s.71
- Williams, T., Connolly, J., Pepler, D., et Craig, W. (2005). Peer victimization, social support, and psychosocial adjustment of sexual minority adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 471-482. doi: 10.1007/s10964-005-7264-x

Parentalité et jeunes transgenres : un survol des enjeux vécus et des interventions à privilégier pour le développement de pratiques transaffirmatives

Annie Pullen Sansfaçon^a

RÉSUMÉ Cet article explore les connaissances les plus récentes sur l'expérience des jeunes trans et de leur famille, et propose des pistes d'intervention pour les professionnels travaillant directement ou indirectement avec ces populations. La première partie de l'article étaye le contexte sociopolitique dans lequel grandissent les jeunes trans. Cette discussion est suivie d'une recension des écrits sur les connaissances relatives à l'expérience des jeunes trans et de leur famille. Finalement, l'article propose deux pistes d'intervention à privilégier pour travailler avec ces populations, et ce, dans une perspective de travail transaffirmative. Notamment, on y propose de réapprendre le genre et de comprendre la complexité des parcours et expériences des personnes transgenres, ainsi que de promouvoir l'autodétermination et le soutien des familles vers l'atteinte de leurs besoins.

MOTS CLÉS parentalité, enfants et jeunes transgenres, intervention auprès des parents, personne-environnement, oppression

Trans Youth and their Parents: an exploration of experiences and interventions in a trans-affirming perspective

ABSTRACT This article explores the most recent knowledge on the experiences of trans youth and their parents. The article also explores best practices for professional who work with those families. Finally the article proposes two main principles of intervention to work with those populations, highlighting the importance of a

a. Professeure agrégée, École de service social, Université de Montréal.

transaffirmative perspective. In particular, it is proposed to challenge the current way of understanding gender and to appreciate the complexity of the various trajectories young people may take. Furthermore, we suggest focusing the intervention on promoting self-determination of the young person as well as to support families so they can better meet their child's needs.

Objectives To provide comprehensive review of current knowledge on the experience of parenting a transgender youth, and to propose some reflections on directions for working with those families.

Method Written as a theoretical paper, this article employs a systematic literature review to identify promising interventions with families who support a transgender youth.

Results Because families of transgender children and youth experience difficulties both on personal and social levels, many of which are coming from social stigmatization and lack of knowledge about their experience, it is proposed that practitioners work toward interventions that not only facilitate families support, but also works toward a more just and inclusive society by broadening access to services and by challenging oppressive structures that contribute to the difficulties experiences by children, youth and their families.

Conclusion The paper proposes that practitioners working with families of transgender children must be guided by an reviewed conception of gender and an understanding of the multiplicity of contexts that may affect the person's trajectory, as well as promoting self-determination and supporting families in meeting their needs.

KEYWORDS parenting, transgender youth, oppression, interventions, trans affirmative intervention

Introduction

Dans cet article, le terme «jeune trans» fait référence aux mineurs qui s'identifient en dehors des règles des genres masculin et féminin conventionnels. Ces jeunes rencontrent de nombreux obstacles, mais le soutien familial et les interventions transaffirmatives¹, de manière plus générale, constituent des pistes de plus en plus reconnues pour leurs bienfaits auprès de ces populations. Cependant, les familles qui soutiennent un enfant trans vivent aussi des enjeux, par exemple un sentiment d'anxiété et des difficultés dans la recherche de services répondant à leurs besoins et à ceux de leur jeune. À partir d'une recen-

1. Par interventions transaffirmatives, on entend toute intervention qui soutient le développement de l'identité affirmée de la personne, plutôt qu'une intervention qui tente de la modifier.

sion des écrits, cet article a pour but principal de dégager les pistes d'intervention les plus prometteuses pour travailler avec ces familles, et ce, dans une perspective transaffirmative. Ainsi, l'article propose d'explorer le contexte sociopolitique actuel quant aux questions d'identité de genre, les écrits décrivant l'expérience des jeunes trans et ceux concernant les parents qui les soutiennent. Tout au long de cet article, les arguments favorisant une intervention transaffirmative se dégagent et permettent de conclure en discutant deux principes d'intervention, soit réapprendre le genre et comprendre la complexité des parcours et expériences des personnes transgenres, ainsi que de promouvoir l'auto-détermination et le soutien des familles vers l'atteinte de leurs besoins.

Contexte sociopolitique

La pleine reconnaissance légale et civile des personnes trans n'est pas atteinte au Canada, et les lois visant l'atteinte de cette égalité explicite se font toujours attendre dans plusieurs provinces canadiennes, ainsi qu'au fédéral.

D'une part, au Canada et au Québec, l'identité de genre n'est pas expressément mentionnée dans les lois interdisant la discrimination. Dans une certaine mesure, elle peut toutefois être visée par certains motifs de distinction illicites énoncés dans la Charte québécoise, comme le « sexe » et l'« état civil ». Qu'à cela ne tienne, même en cette matière, la situation juridique des personnes trans demeure précaire, comme le rappelait récemment un juriste (voir Sauvé, à paraître). Sur la scène fédérale, plusieurs projets ont été proposés pour inclure l'identité de genre au sein de la Charte canadienne, mais ces efforts n'ont toujours pas porté leurs fruits. La plus récente action dans ce sens est le projet de loi C279, qui visait à modifier la Loi canadienne sur les droits de la personne et le Code criminel afin d'inclure une protection explicite de l'identité ou l'expression sexuelle. Cette loi, déposée à la Chambre des communes en 2011 par Randall Garrison, député NDP de Esquimalt–Juan de Fuca (Colombie-Britannique), est finalement morte au Sénat en 2015 après le déclenchement des élections.

D'une autre part, bien que certaines provinces canadiennes² permettent aux mineurs le changement de mention de sexe à l'acte de naissance sans modifications chirurgicales, le Québec se fait attendre.

2. C'est le cas notamment de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, du Manitoba, de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse, qui ont adopté, ou sont sur le point de le

Alors que la nouvelle « loi 35 » permet aux personnes majeures de changer leur mention de sexe à l'acte de naissance sans subir de modifications chirurgicales préalables, les personnes mineures en sont exclues. Par conséquent, les personnes mineures doivent continuer de traverser l'enfance et l'adolescence avec des documents d'identité civile (notamment acte de naissance et autres cartes d'identité) qui ne correspondent pas à leur identité de genre. Le contexte sociopolitique demeure donc précaire pour ces jeunes et leur famille.

Jeunes transgenres et expériences d'oppression

Une grande partie des études publiées sur le sujet des jeunes trans ciblent la question du développement de l'identité (Grossman *et al.*, 2006 ; Pollock et Eyre, 2012), souvent à partir d'un point de vue étiologique (Wren, 2002 ; Zucker, 2005 ; Roen, 2011), ou concernent essentiellement le traitement médical et l'intervention psychosociale (Zucker, 2008 ; Zucker, 1995 ; Langer, 2004 ; Roberts *et al.*, 2012 ; Vries *et al.*, 2014 ; Mallon, 2009 ; Grossman et D'Augelli, 2007). Ce que l'on sait de ces études, c'est que le développement de l'identité se produit dans la majorité des cas avant l'âge adulte (Beemyn et Rankin, 2011 ; Olson, Forbes et Belzer, 2011), souvent dès 3 ou 4 ans (Ehrensaft, 2014), et que le sentiment d'incongruence entre l'identité de genre et le sexe assigné émerge vers l'âge de 10,4 ans (intervalle de 6 à 15 ans) (Grossman et Anthony, 2006). Aussi, l'identité affirmée des jeunes trans serait aussi ancrée que celle des jeunes cisgenres (Olson, Key et Eaton, 2015). De plus, les jeunes trans seraient nombreux, quoique la majorité d'entre eux resteraient invisibles à leur famille et leur entourage étant donné la grande pression à se conformer socialement (Schneider, 2013 ; Hellen, 2009). Selon Schneider (2013), on cite que 1 enfant sur 500 est trans ou de genre non conforme, mais ces chiffres sont souvent débattus dans les écrits et demeurent difficiles à estimer (voir Pyne, 2014a). Quoi qu'il en soit, ces jeunes³ font partie des populations les plus vulnérables de la société et font face à des difficultés disproportionnées relativement aux autres jeunes de leur âge. Par exemple, ils sont plus susceptibles d'être victimes d'abus et de violence (Nuttbrock *et al.*, 2010 ; Nuttbrock

faire, une loi permettant aux mineurs d'obtenir un changement de mention de sexe sans intervention médicale.

3. Dans ce texte, nous nous référons aux jeunes en tant que mineurs, mais certaines publications incluent des groupes allant jusqu'à 25 ans.

et al., 2012; Roberts *et al.*, 2012), de vivre des expériences de cyber-intimidation et d'intimidation (Blumenfeld et Cooper, 2010). Selon Chamberland et coll. (2011), plusieurs jeunes transgenres ne se sentent pas en sécurité à l'école. Ils sont surreprésentés chez les populations itinérantes (Quintana, Rosenthal et Krehely, 2010; Crossley, 2015) et sont plus à risque de se faire arrêter ou incarcérer (Garnette *et al.*, 2011). Ils sont aussi plus à risque de développer des dépendances à la drogue ou à l'alcool (Newcomb, Heinz et Mustanski, 2012); de prendre des risques lorsqu'ils ont des relations sexuelles, ou de compter sur la prostitution comme source de revenu, surtout lorsqu'ils sont sans logement (Walls et Bell, 2011). Ils vivent également plusieurs problèmes de santé mentale et de la détresse psychologique (Menvielle, 2012; Nuttbrock *et al.*, 2010), incluant des stress posttraumatiques (Roberts et coll., 2012). Le taux de suicide chez les personnes trans est très élevé (Liu et Mustanski, 2012; Goldblum *et al.*, 2012). Bauer et coll. (2013) estiment que 77 % des personnes trans en Ontario ont eu des pensées suicidaires et que 43 % ont fait une tentative de suicide. La même étude souligne d'ailleurs que 36 % parmi ces personnes avaient moins de 15 ans lorsqu'elles ont fait leur première tentative (Bauer et coll., 2013).

Plusieurs facteurs ont une incidence sur l'épanouissement du jeune, tel l'accès ou non à des soins de santé, médicaux et psychosociaux (Singh, 2012; Burgess, 2000), ou l'accès ou non à des soins respectueux de leur autodétermination (Minter, 2012; Olson et coll., 2011). L'accès ou non aux communautés qui soutiennent le genre affirmé (Burgess, 2000; Singh *et al.*, 2014), et aux médias sociaux (Singh, 2012) est aussi reconnu comme un des facteurs ayant une incidence sur le développement du jeune. Finalement, le soutien familial, qu'il s'actualise dans la sphère privée (à la maison, de la part de la famille restreinte seulement) ou de manière publique (Ajeto, 2009), est considéré comme central au bien-être des jeunes trans (Travers et coll., 2012; Singh et coll., 2014). En effet, le niveau de détresse psychologique est moins élevé chez les jeunes trans recevant le soutien de leurs parents que chez ceux n'en bénéficiant pas (Travers et coll., 2012; Schneider, 2013). De plus, une récente étude sur les jeunes trans en Ontario souligne que le taux d'idéations suicidaires chez eux diminue de 93 % et que les jeunes ont tendance à avoir une meilleure santé mentale, et une bonne estime de soi, lorsqu'ils vivent dans une famille avec un soutien parental fort (Travers *et al.*, 2012, dans Pyne, 2014b). En outre, l'ensemble de ces facteurs peut influencer, d'une manière ou d'une autre, la santé mentale et le bien-être du jeune ainsi que l'exclusion qui est vécue. Il importe

de noter que les expériences des jeunes trans sont très diversifiées, et les parcours qu'ils empruntent souvent uniques, influencés notamment par leurs conditions de vie et la position sociale qu'ils occupent en société (genre, « race », classe sociale, orientation sexuelle, habileté physique ou mentale, etc.). D'ailleurs, certaines recherches montrent que les jeunes femmes trans racisées vivent des difficultés amplifiées et qu'elles sont surreprésentées dans les statistiques sur les meurtres de personnes trans (Transgender Europe et Tansrespect versus Transphobia, 2014). De plus, certains contextes complexifient l'intégration des jeunes trans, compte tenu de l'importance de la stigmatisation présente dans certaines communautés religieuses (Glenn, 2000) ou communautés culturelles (Saketopoulou, 2011). Une attention particulière à l'égard du contexte dans lequel vit le jeune et la famille est donc essentielle à toute intervention.

Par contre, peu importe le contexte, les jeunes trans ont un important besoin de soutien et de protection dans la société actuelle, mais les services qui leur sont offerts se font encore rares.

Expérience de parentalité

Si le soutien fort des parents à l'égard de leur jeune est essentiel à son épanouissement, le processus menant à cette acceptation n'est pas vécu sans difficulté, et peut être lent (Pullen Sansfaçon et coll. 2015 ; Brill et Peper, 2008). Par contre, ce qui semble motiver les parents à soutenir leur jeune s'articule souvent autour du désir de protéger son enfant de certaines difficultés, notamment celles décrites plus haut (Pullen Sansfaçon et coll., 2015 ; Susset, 2014). De plus, selon la recherche de Pullen Sansfaçon et coll. (2015), dont les données ont été obtenues en contexte québécois, les parents passent souvent par une période de choc lorsqu'ils découvrent que leur enfant est trans.

Les soutenir dans le processus d'acceptation est essentiel afin de les aider à plusieurs niveaux : à repérer des ressources d'aide pertinentes et actuelles, à composer avec la stigmatisation et à développer des stratégies visant à mieux défendre les droits de leur enfant (Riley et coll., 2011). Par ailleurs, il est important de noter que les parents vivent souvent, d'une manière indirecte, des expériences de stigmatisation et d'oppression lorsqu'ils soutiennent leur enfant (Cook-Daniels, 2011). Les conflits familiaux émergent parfois au sein des familles (Pullen Sansfaçon, 2015). Si l'acceptation n'est pas un processus facile, les pères démontreraient plus de difficulté à accepter leur enfant que les mères

à le faire (Landolt et coll., 2004, dans Susset, 2014). De plus, soutenir et défendre l'identité affirmée du jeune dans le voisinage ou la famille étendue, ainsi que décider du moment et de la manière de divulguer l'identité du jeune dans d'autres sphères tels les écoles ou les centres de santé s'avèrent une source de tension et de stress importante pour le parent (Pullen Sansfaçon et coll., 2015).

La prise de décision, de manière générale, peut être perçue comme anxiogène (Pullen Sansfaçon et coll., 2015 ; Wren, 2002). Notamment, décider de laisser son enfant aller à l'école vêtu conformément à son genre affirmé, donner son consentement afin de permettre au jeune d'amorcer des traitements hormonaux à l'adolescence et soutenir le changement de nom officiel à l'acte de naissance en sont tous des exemples. L'anticipation à l'égard d'un regret ou d'une récrimination future de la part de leur enfant est également vécue comme un lourd fardeau pour les parents, et plusieurs peuvent se sentir sous pression, par volonté de vouloir prendre *la* bonne décision ou adopter la meilleure posture (Wren, 2002 ; Pullen Sansfaçon et coll., 2015 ; Susset, 2014).

Trouver des services constitue également un enjeu pour les parents. Accéder aux ressources non spécialisées, sans vivre de difficultés particulières ou de situations de discrimination, est une première étape, et trouver des services qui répondent spécifiquement aux besoins des jeunes et de leur famille en est une deuxième (Pullen Sansfaçon et coll., 2015). En effet, il semblerait que les jeunes trans fassent face à de nombreuses barrières lorsqu'ils veulent accéder aux services sociaux et de santé, voire se fassent parfois refuser l'accès à des services pourtant offerts à la population en général (Sing *et al.*, 2014). De plus, peu d'espaces sécuritaires et de ressources sont disponibles pour ces familles (Riley et coll., 2013), et il s'avère souvent difficile pour les parents de trouver du soutien (Zamboni, 2006). Cela dit, l'accès aux ressources est essentiel pour soutenir les parents dans ce processus d'adaptation et de transition, et les aider à mieux comprendre la situation vécue par leur enfant (Susset, 2014 ; Grossman et D'Augelli, 2007 ; Wren, 2002).

Réapprendre le genre et comprendre la complexité des parcours et expériences

Selon les écrits recensés, nous pouvons dégager que les parcours des jeunes trans et de leurs familles peuvent différer énormément d'une personne à l'autre, dépendamment du soutien reçu, et de l'ouverture

de la communauté qui les entoure, notamment. Ainsi, le jeune et sa famille pourront aller chercher des services ou consulter un professionnel à différents moments de leur parcours. Par conséquent, une compréhension des genres au-delà du modèle binaire (mâle-femelle) est essentielle à une intervention affirmative auprès des familles et du jeune (APA, 2015) afin de respecter toutes les identités et l'expérience individuelle de chacun. Ainsi, pour développer des interventions efficaces avec la famille de ces jeunes, les professionnels devraient, comme le souligne la psychologue américaine Diane Ehrensaft, « réapprendre le genre en faisant la différence entre le genre et le sexe, et ce, même si certains programmes de psychologie s'obstinent à enseigner des théories qui ne tiennent pas compte des données empiriques les plus récentes » (2014 : 18-19). Ainsi, une intervenante qui a « réappris le genre » comprendra qu'il existe plusieurs expressions et identités de genre, et que ces expressions et identités font partie de la diversité humaine et ne sont pas des problématiques, des déviances ou des situations causées par le parent, comme l'ont longtemps soutenu certaines études (voir par exemple Zucker et Bradley, 1995). D'ailleurs, le *World Professional Association in Transgender Health* (2011 : 4) a récemment déclaré que « l'expression du genre, y compris les identités de genre, n'est pas typiquement associée au sexe assigné à la naissance et que des expressions et identités de genre sont un phénomène commun de l'humanité, et culturellement diversifié, [qui] ne devrait pas être jugé comme intrinsèquement pathologique ou négatif » (traduction libre).

Cette manière différente d'appréhender le genre demande nécessairement un changement de paradigme de la part du professionnel, mais trouve un soutien grandissant dans les écrits et les associations professionnelles. Ainsi, il importe de mieux comprendre ce qu'est l'identité de genre, et de prendre conscience qu'elle peut naturellement s'exprimer sur un continuum, et non de manière strictement binaire. D'ailleurs, les « thérapies correctives de genre », qui visaient autrefois à renforcer les comportements stéréotypés, sont de plus en plus controversées (Tosh, 2014) et même interdites dans certains endroits, notamment en Ontario depuis juin 2015. Par ailleurs, l'Association canadienne des travailleurs sociaux (ACTS) et de l'Association canadienne des écoles de travail social (ACFTS) affirment que les travailleurs sociaux doivent non seulement travailler selon des pratiques transaffirmatives, mais aussi qu'intervenir pour changer l'identité de genre chez un jeune « est considéré comme contraire à l'éthique et constitue un abus de

pouvoir et d'autorité» (ACFT/ACFTS, 2015 : 4). D'autres organisations professionnelles, telles que l'American Psychological Association (APA), ont également émis des consignes qui invitent les psychologues à se distancer des interventions visant la conversion et encouragent le travail thérapeutique à se faire davantage avec les familles, dans le but de favoriser une acceptation plus grande de l'enfant (APA, 2015 ; APA, sans date).

Aussi, on observe depuis plusieurs années un mouvement de dépathologisation, qui s'est surtout concrétisé avec la publication du DSM5 (Alessandrin, 2014). En effet, si le DSM4-TR parlait du *trouble de l'identité sexuelle* (au sein duquel l'identité trans était diagnostiquée comme un trouble, comme un problème de santé mentale), la publication du DSM5 parle maintenant de la *dysphorie de genre*, lorsqu'il y a souffrance découlant de la non-concordance entre l'identité de genre et le sexe assigné à la naissance, et des pressions sociales qui l'accompagnent. Les identités trans, comme telles, ne sont plus diagnostiquées et l'affirmation de ces identités est de mise.

Par ailleurs, les jeunes ayant accès à des services qui visent à les soutenir dans leur identité de genre affirmée présenteraient moins de problèmes de comportement que les jeunes étant suivis selon des thérapies réparatrices ou de conversion (Hill et coll., 2010, dans Pyne, 2014b). Ces interventions permettent entre autres d'améliorer la santé, le sentiment de bien-être et la qualité de vie en général des personnes trans (Witten, 2003, dans APA, 2015). Bien que certains débats sur ces questions perdurent, on observe que les associations professionnelles, de plus en plus, reconnaissent l'importance des approches transaffirmatives visant l'autodétermination de la personne, d'une part, et le soutien du jeune et de sa famille dans le processus d'acceptation, d'autre part.

Promouvoir l'autodétermination et soutenir les familles dans l'atteinte de leurs besoins

Nous avons souligné plus haut que les interventions visant à soutenir les familles devraient cibler le soutien du jeune et l'adaptation des parents à la réalité de leur enfant, compte tenu de leur vulnérabilité aux sentiments d'anxiété et à l'isolement social. Dans cette logique, il est important de se préparer à ce qu'une personne se présente avec des pièces d'identité non conformes à leur identité/expression de genre, et que cette même personne demande qu'on s'adresse à elle en utilisant

certaines pronoms/prénoms de son choix. Le respect de l'identité de genre est essentiel dans l'intervention avec les jeunes et leurs familles. De plus, les professionnels devraient encourager les familles à utiliser les pronoms et prénoms qui respectent l'identité affirmée du jeune, et les aider à trouver des ressources appropriées pour être mieux épaulées relativement aux possibles difficultés d'adaptation mentionnées plus haut. De plus, compte tenu du contexte actuel, les professionnels travaillant avec ces familles devraient également les soutenir dans la lutte pour la défense de leurs droits et dans des interventions stimulant le changement social. Car si plusieurs familles nécessitent des interventions en vue d'un changement personnel (l'acceptation de l'enfant, par exemple), d'autres auront besoin d'un soutien visant le changement à la source des problèmes, c'est-à-dire les conditions de vie oppressantes – maintenues, par exemple, à travers les structures organisationnelles ou les lois – qui affectent les jeunes et leur famille sur une base régulière. En effet, la famille des jeunes trans doit aussi faire face à des situations d'oppression (risques de rejet social et familial, de déni de reconnaissance civile, non-respect de l'identité à l'école, etc.), situations qui demandent souvent des réponses qui vont au-delà du changement personnel. Ainsi, il importe de repérer les obstacles sur les plans juridique, social *et* institutionnel qui nuisent à l'épanouissement des jeunes trans et de leur famille, et de tenter d'agir sur ces barrières sociales et structurelles.

Conclusion

Dans cet article, il a été question de l'expérience des jeunes trans, mais aussi de leur famille. À partir d'une discussion critique des écrits, il a été possible d'établir que les familles des jeunes trans vivent aussi des situations difficiles, même si ces situations sont différentes de celles vécues par les jeunes. Qu'il soit question d'anxiété, d'isolement, de situations de rejet et de conflit, ou des difficultés d'accès aux services, les recherches démontrent comment les difficultés se vivent sur plusieurs plans, de l'individu à la structure dans laquelle il vit et interagit. Ainsi, des interventions ayant pour cible l'individu, mais aussi la structure dans laquelle il évolue, sont nécessaires afin de créer des espaces plus inclusifs pour ces familles, mais aussi pour les jeunes trans. La prise de conscience professionnelle de ces enjeux, et le développement d'interventions visant à soutenir le jeune et sa famille constituent les interventions les plus prometteuses.

RÉFÉRENCES

- Ajeto, D. A. (2009). *Soul as no gender: Love and acceptance through the eyes of a mother of sexual and gender minority children*. Rotterdam, Pays-Bas: Sense Publishers.
- Alessandrin, A. (2014). Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : ce que le DSM fait des variances de genre. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie* [En ligne], 9 | 2014, mis en ligne le 29 avril 2014, Consulté le 21 août 2015. URL : <http://socio-logos.revues.org/2837>
- American Psychological Association (APA). (2015). Guideline for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. (online) <http://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf> [dernier accès 21 août 2015]
- American Psychological Association (APA). (sans date). Gender Diversity and transgender identity in children. <http://www.apadivisions.org/division-44/resources/advocacy/transgender-children.pdf> [dernier accès 27 janvier 2015]
- Association canadienne des écoles en travail social. (2015). Déclaration concernant l'affirmation des enfants et des jeunes transgenres. 9 janvier 2015. <http://caswe-acfts.ca/wp-content/uploads/2014/12/Queer.jan2015.pdf> [dernier accès 27 janvier 2015]
- Auteur inconnu (2015) Refus de service - services denied - Province de Québec. Google Map. https://www.google.com/maps/d/viewer?ll=45.49709,-73.583915&err=1&msa=0&spn=0.004933,0.012199&mid=zSNCr_y-ZJpg.k3m4ZdJzu8d8 [dernier accès 27 janvier 2015]
- Bauer, G. R., Pyne, J., Caron Francino, M., Hammond, R. (2013). La suicidabilité parmi les personnes trans en Ontario: Implications en travail social et en justice sociale. *Service Social*, 59(1), 35-62.
- Beemyn, G. et Rankin, S. (2011). *The lives of transgender people*. New York, N.Y.: Columbia University Press.
- Blumenfeld, W. J., et Cooper, R.M. (2010). LGBT and Allied Youth Responses Cyberbullying: Policy Implications. *The International Journal of Critical Pedagogy*, 3(1): 112.
- Brill, S. A., et Pepper, R. (2008). *The transgender child*. San Francisco, Calif.: Cleis Press.
- Burgess, C. (2000). Internal and external stress factors associated with the identity development of transgender and gender variant youth. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 10(3-4), 35-47.
- Chamberland, L., Baril A. et Duchesne N. (2011). *La transphobie en milieu scolaire au Québec*. Rapport de recherche, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Cook-Daniels, L. (2011). Social change and justice for all: The role of SOFFAs in the trans community (CLAGS). *Trans Politics, Social Change, and Justice*, Center for Lesbian and Gay Studies, City University of New York, (in press) [online] <http://forge-forward.org/2011/06/social-change-and-justice-for-all>

- the-role-of-soffas-in-the-trans-community-clags/ [Dernier accès 20 janvier 2015]
- Crossley, S. (2015). Come out Come out Wherever You Are: A Content Analysis of Homeless Transgender Youth in Social Service Literature. *PSU McNair Scholars Online Journal*, 9(1). doi:10.15760/mcnair.2015.44
- Ehrensaft D. (2014). From Gender Identity Disorder to Gender Identity Creativity. Dans E.J Meyer et A. Pullen Sansfaçon (dir.) *Supporting Transgender and Gender Creative youth*. Peter Lang. California, 13-25.
- Garnette, L., Irvine, A., Reyes, C. et Wilber, S. (2011). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth and the Juvenile Justice System. *Juvenile Justice: Advancing Research, Policy, and Practice*, 156-173.
- Glenn, Wendell D. (2000). Reflections of an Emerging Male-to-Female Transgendered Consciousness. *Journal of Gay & Lesbian Social Services* 10(3-4): 83-94. doi:10.1300/J041v10n03_06
- Goldlum, P., Testa, R., Pflum, S., Hendricks, M.L., Bradford, J. et Bongar, B. (2012). The Relationship between Gender-Based Victimization and Suicide Attempts in Transgender People. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5): 468-475. doi:10.1037/a0029605
- Grossman, A.H., D'Augelli, A.R., Howell, T.J et Hubbard, S. (2006). Parent's Reactions to Transgender Youth's Gender Nonconforming Expression and Identity. *Journal of Gay and lesbian Social Services*, 18(1): 3-16.
- Grossman, A.R. et Anthony, R. (2006). Transgender Youth: Invisible and Vulnerable. *Journal of Homosexuality* 51(1): 111-128. doi:10.1300/J082v51n01_06
- Grossman, A. H. et D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *The American Association of Suicidology*, 37(5), 527-337.
- Hellen, M. (2009). Transgender children in schools. *Liminalis: Journal for Sex/Gender Emancipation and Resistance*, 81-99.
- Langer S. et Martin J. (2004). How dresses can make you mentally ill: Examining gender identity disorder in children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23(5/6), 533-555.
- Liu, R.T. et Mustanski, B. (2012). Suicidal Ideation and Self-Harm in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3): 221-228. doi:10.1016/j.amepre.2011.10.023
- Mallon, G. P. (2009). *Social work practice with transgender and gender variant youth*. London, U.K.: Routledge.
- Menvielle, E. (2012). A Comprehensive Program for Children with Gender Variant Behaviors and Gender Identity Disorders. *Journal of Homosexuality*, 59(3): 357-368. doi:10.1080/00918369.2012.653305
- Mintr, S. P. (2012). Supporting transgender children: new legal, social, and medical approaches. *J Homosex*, 59(3), 422-433.
- Newcomb, M.E., Heinz, A.J et Mustanski. B. (2012). Examining Risk and Protective Factors for Alcohol Use in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender

- Youth: A Longitudinal Multilevel Analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(5) : 783-793.
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M. et Becker, J. (2010). Psychiatric Impact of Gender-Related Abuse across the Life Course of Male-to-Female Transgender Persons. *The Journal of Sex Research*, 47(1) : 12-23. doi:10.1080/00224490903062258
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, W., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M. et Becker, J. (2012). Gender Abuse, Depressive Symptoms, and HIV and Other Sexually Transmitted Infections among Male-to-Female Transgender Persons: A Three-Year Prospective Study. *American Journal of Public Health* 103(2) : 300-307. doi:10.2105/AJPH.2011.300568
- Olson, J., Forbes, C., et Belzer, M. (2011). Management of the Transgender Adolescent. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 165(2), 171-176.
- Olson, K.R, Key, A.C., et Eaton, N. R (2014) Gender Cognition in Transgender children. *Psychological Science*, 26 : 467-474.
- Pollock, L. et Eyre, S.L.(2012). Growth into Manhood: Identity Development among Female-to-Male Transgender Youth. *Culture, Health & Sexuality*, 14(2) : 209-222. doi:10.1080/13691058.2011.636072
- Pullen Sansfaçon, A. Robichaud, M.J et Dumais-Michaud, A.A. (2015) The Experience of Parents who support their Children's Gender Variance. *Journal of LGBT Youth*, 12(1), 39-63.
- Pyne, J. (2014a). Health and Well-Being among Gender-Independent Children and Their Families: A Review of the Literature dans E.J Meyer et A. Pullen Sansfaçon (dir.) *Supporting Transgender and Gender Creative Youth*. Peter Lang, California, 26-40.
- Pyne, J (2014b) Gender independent kids: A paradigm shift in approaches to gender non-conforming children. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(1), 2014, 1-8 ; doi:10.3138/cjhs.23.1.CO1
- Quintana, N. S., Rosenthal, J., et Krehely, J. (2010). *On the Streets: The Federal Response to Gay and Transgender Homeless Youth*. Washington, DC: Center for American Progress.
- Riley, E.A., Sitharthan, G., Clemson, L. et Diamond, M. (2011). The needs of gender variant and their parents: A parent survey. *International Journal of Sexual Health*, 23, 181-195.
- Riley, E.A., Sitharthan, G., Clemson, L. et Diamond, M. (2013). Surviving a gender variant childhood: The views of transgender adults on the needs of gender variant children and their parents. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(3), 241-262.
- Roberts, A., Rosario, M., Corliss, H., Koenen K. et Bryn Austin, S. (2012). Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, 129(3), 571-573.
- Roen, K. (2011). The Discursive and Clinical Production of Trans Youth: Gender Variant Youth Who Seek Puberty Suppression. *Psychology & Sexuality*, 2(1) : 58-68. doi:10.1080/19419899.2011.536316

- Ryan, C., Russell, S., Huebner, D., Diaz, R. et Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213.
- Takepoulou, A. (2011). Minding the Gap: Intersections Between Gender, Race, and Class in Work With Gender Variant Children. *Psychoanalytic Dialogues*, 21(2), 192-209. doi:10.1080/10481885.2011.562845
- Sauvé, J.S. « L'interdiction de discriminer les personnes trans* dans la Charte des droits et libertés de la personne: pour son amélioration par l'ajout de l'« identité de genre » et de l'« expression de genre » à la liste des motifs de distinction illicites » à paraître dans la revue *Enfances, Familles, Générations*.
- Schneider, E. (2013). Les droits des enfants intersexes et trans' sont-ils respectés en Europe? Une perspective. Conseil de l'Europe. www.coe.int/t/dg41/documents/les_droits_des_enfants_intersexes_et_trans_sont-ils_respectés_en_Europe_une_perspective.pdf [dernier accès 27 janvier 2015]
- Singh, A. A., Meng, S. E. et Hansen, A. W. (2014). I Am My Own Gender: Resilience Strategies of Trans Youth. *Journal of Counseling & Development*, 92(2), 208-218.
- Singh, A. A. (2012). Transgender Youth of Color and Resilience: Negotiating Oppression and Finding Support. *Sex Roles*, 68(11-12), 690-702.
- Susset, F. (2014). Between a Rock and a Hard Place: The experience of parents of gender non-conforming boys. Dans E.J. Meyer et A. Pullen Sansfaçon (dir.) *Supporting Transgender and Gender Creative youth*. Peter Lang. California, 111-127.
- Tosh, J. (2014). Working Together for an Inclusive and Gender-Creative Future: A Critical Lens on 'Gender Dysphoria'. Dans E.J. Meyer et A. Pullen Sansfaçon (dir.) *Supporting Transgender and Gender Creative youth*. Peter Lang. California, 39-51.
- Transgender Europe et Transrespect versus Transphobia. (2014). List of 226 reported murdered trans persons from October 1st 2013 to September 30th 2014 <http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/2014/TDOR2014/TDOR-14-Namelist-EN.pdf> [dernier accès 21 août 2015]
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J. et Bradley, K. (2012). *Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Toronto: Transpulse. Retrieved from [dernier accès 27 janvier 2015] <http://transpulseproject.ca/research/impacts-of-strong-parental-support-for-trans-youth/>
- Vries, A.L.C., McGuire, J. K., Steensma, T.D., Wagenaar, E., Doreleijers, T. et Cohen-Kettenis, P.T. (2014). Young Adult Psychological Outcome after Puberty Suppression and Gender Reassignment. *Pediatrics*, September, peds.2013-2958. doi:10.1542/peds.2013-2958
- Walls, N. E., et Bell, S. (2011). Correlates of Engaging in Survival Sex among Homeless Youth and Young Adults. *Journal of Sex Research*, 48(5): 423-436.
- World Professional Association in Transgender Health (WPATH). (2012). Standards of care for the health of transsexuals, transgender and gender non

- conforming people. <http://www.cpath.ca/wp-content/uploads/2009/12/Standards-of-Care-V7-2011-WPATH.pdf> [dernier accès 27 janvier 2015]
- Wren, B. (2002). "I can accept my child is transsexual but if I ever see him in a dress I'll hit him": Dilemmas in parenting a transgendered adolescent. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 377-397.
- Zamboni, B. (2006). Therapeutic considerations in working with the family, friends, and partners of transgendered individuals. *The Family Journal*, 14(2), 174-179.
- Zucker, K. J. et Bradley, S. J. (1995). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. New York, N.Y.: Guilford Press.
- Zucker, K. J. (2005). Gender Identity Disorder in Children and Adolescents, *Annu Rev Clin Psychol* 1 (April): 467-492.
- Zucker, K. J. (2008). Children with Gender Identity Disorder: Is There a Best Practice? *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, 56(6), 358-364.

Le rôle du soutien parental dans la relation entre la victimisation homophobe, l'homophobie intériorisée et la détresse psychologique chez les jeunes de minorités sexuelles (JMS) : une approche de médiation modérée

Félix-Antoine Bergeron^a

Martin Blais^b

Martine Hébert^b

RÉSUMÉ Cet article explore le rôle modérateur du soutien parental dans les relations entre la victimisation homophobe, l'homophobie intériorisée et la détresse psychologique chez des jeunes de minorités sexuelles (JMS), que l'on dit aussi lesbiennes, gais, bisexuels ou en questionnement. Il vise à 1) documenter la prévalence des différentes formes de victimisation homophobe vécue par les JMS, et ce, selon le genre et l'âge ; et 2) explorer l'effet modérateur du soutien parental dans la relation entre la victimisation homophobe, l'homophobie intériorisée et la détresse psychologique. Un échantillon de 228 JMS âgés de 14 à 22 ans, non exclusivement hétérosexuels, recrutés en milieu communautaire dans le cadre de l'enquête sur le Parcours amoureux des jeunes (PAJ) du Québec a été analysé. L'impact de la victimisation homophobe, du soutien parental, de l'homophobie intériorisée sur la détresse psychologique est exploré par un modèle de régression linéaire avec effets de modulation et de médiation. Le rôle modérateur du soutien parental est confirmé dans la relation entre la victimisation homophobe et la détresse

-
- a. Étudiant à la maîtrise en sexologie, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
 - b. Ph. D., professeurs titulaires, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

psychologique. Ces variables peuvent constituer des leviers pour prévenir les effets négatifs des préjudices homophobes sur la santé mentale des JMS.

MOTS CLÉS détresse psychologique, victimisation homophobe, homophobie intériorisée, soutien parental, jeunes de minorités sexuelles

The role of parental support in the relationship between homophobic bullying, internalized homophobia and psychological distress among sexual-minority youths (SMY): a moderated mediation approach

ABSTRACT Introduction Sexual-minority youths (SMY) report high rates of psychological distress such as depression, anxiety and suicidal ideation (Burton, Marshal, Chisolm, Sucato et Friedman, 2013; Williams & Chapman, 2011). Several studies confirm that the poor mental health outcomes are partly related to their high likelihood of experiencing homophobic victimization (Blais, Gervais, Boucher, Hébert & Lavoie, 2013; Taylor & Peter, 2011; Hughes, McCabe, Wilsnack, West & Boyd, 2010; Chamberland, Richard & Bernier, 2013). Whereas the development of a positive sexual minority identity is crucial for the mental health of SMY (Chamberland, Richard & Chevrier, 2011; Rosario, Schrimshaw & Hunter, 2011; Luhtanen, 2002), the victimization they experience put them at risk of internalizing societal homophobia and heterosexism (Meyer, 2003; Hatzenbuehler, 2009). It is important to identify variables that may influence the impact of distal and proximal factors that impact SMY's mental health.

Objectives The objectives of this paper are 1) to document different forms of homophobic victimization experienced by SMY, according to gender and age, and 2) to test the potential moderating effect of parental support in the relationship between homophobic victimization, internalized homophobia and psychological distress.

Method Data come from 228 SMY aged 14 to 22 years old recruited through online means as part of the Quebec Youth's Romantic Relationships Survey. The impact of homophobic victimization, parental support, and internalized homophobia on psychological distress is explored by a linear regression model including moderated mediation effects.

Results Results show the relationship between homophobic victimization and psychological distress as well as indirect significant relationship through internalized homophobia. The moderated mediation analysis also confirms the moderating role of parental support in the relationship between homophobic victimization and psychological distress. Thus, at equal level of victimization, participants with low parental support experienced more psychological distress. However, parental support did not lessen the impact of victimization on internalized homophobia. The linear regression model explains 22.5% of the variance in psychological distress and 6.6% of the variance of internalized homophobia.

Conclusion The results emphasize the importance of continuing efforts to prevent homophobic behaviors and attitudes among school staff, parents as well as employers and colleagues in the workplace. Given their key role, parents must also be educated and trained to support their gay, lesbian, bisexual or questioning children.

KEYWORDS psychological distress, homophobic violence, internalized homophobia, parental support, sexual-minority youth

Introduction

Les jeunes de minorités sexuelles (JMS), aussi dits lesbiennes, gais, bisexuels ou en questionnement (LGBQ), rapportent des taux élevés de détresse psychologique tels que des symptômes dépressifs, de l'anxiété, des idéations suicidaires, etc. (Burton, Marshal, Chisolm, Sucato et Friedman, 2013; Williams et Chapman, 2011). Zhao, Montoro, Igartua et Thombs (2010) ont rapporté des taux de symptômes dépressifs chez 62,1 % des jeunes LGB et 44,1 % des jeunes ayant une orientation sexuelle incertaine. Woodford, Han, Craig, Lim et Matney (2013) ont démontré que les JMS avait 1,6 fois plus de risque de rapporter des niveaux élevés ou modérés d'anxiété et 1,7 fois plus de risque de rapporter des niveaux élevés ou modérés de dépression que leurs pairs hétérosexuels. Pour ce qui est des tentatives de suicide, le taux varierait de 9,5 % à 21 % chez les JMS, selon les enquêtes (Zhao *et al.*, 2010; Hatzenbuehler et Keyes, 2012).

Afin de comprendre ces indices de détresse plus élevés chez les JMS, le modèle du stress minoritaire (Meyer, 2003) avance que les personnes de minorités sexuelles sont exposées à une forme spécifique de stress attribuable à leur appartenance à un groupe minoritaire stigmatisé. Dans cette optique, la discrimination et les préjudices vécus sur la base de l'orientation sexuelle imposeraient un stress chronique qui augmenterait la détresse psychologique et compromettrait l'intégration harmonieuse de l'orientation sexuelle et l'adaptation psychosociale (Meyer, 2003). Meyer (2003) définit deux formes de stress, l'une, distale et l'autre, proximale. Le stress distal décrit les événements qui portent préjudice à l'intégrité d'une personne telle que la violence, la victimisation et la discrimination. Au Québec, malgré les avancées dans la reconnaissance des droits des personnes de minorités sexuelles (par exemple, la légalisation du mariage gai), il reste que les JMS vivent

encore au quotidien de la stigmatisation et de la victimisation (par exemple, insultes, railleries, discrimination, violences physiques). Plusieurs études récentes confirment en effet que les JMS sont, encore aujourd'hui, plus à risque de vivre de la victimisation que leurs pairs hétérosexuels (Blais, Gervais, Boucher, Hébert et Lavoie, 2013; Taylor et Peter, 2011; Hughes, McCabe, Wilnsack, West et Boyd, 2010; Chamberland *et al.*, 2013). Parmi les formes de victimisation homophobe les plus fréquentes, on peut identifier l'humiliation, l'atteinte à la réputation, l'exclusion et la cyberintimidation, des formes de victimisation homophobe psychologique qui touchent du tiers à la moitié des JMS québécois (Blais *et al.*, 2013; Chamberland *et al.*, 2013). Le harcèlement sexuel et la violence physique touchent environ de 2,6 % à 15 % des jeunes LGB, alors que la coercition et la menace, le vandalisme des effets personnels et la coercition sexuelle touchent moins de 10 % d'entre eux (Blais *et al.*, 2013; Chamberland *et al.*, 2013). Or, l'expérience de la victimisation homophobe augmenterait l'isolement social et la détresse psychologique (Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema et Dovidio, 2009; Berghe, Dewaele, Cox et Vincke, 2010).

Quant au stress proximal, il est la conséquence de l'interprétation personnelle et de l'intériorisation des événements stressants et des préjudices vécus par une personne (Meyer, 2003; Hatzenbuehler, 2009). En l'occurrence, l'homophobie intériorisée, définie comme l'intériorisation des violences homophobes, de l'hétérosexisme et des sentiments négatifs à l'endroit de soi et de son orientation sexuelle (Herek, 2004), constitue une forme de stress proximal qui peut compromettre la capacité d'adaptation d'une personne (Meyer, 2003; Hatzenbuehler, 2009). Lorsqu'ils doivent faire face à la stigmatisation de leur orientation sexuelle, les JMS présentent en effet des difficultés d'acceptation d'eux-mêmes qui se manifestent notamment par de l'homophobie intériorisée et une faible estime d'eux-mêmes (Blais *et al.*, 2013; Willoughby, Doty et Malik, 2010), lesquelles sont associées à une moindre utilisation des ressources sociales et psychologiques ainsi qu'à la détresse psychologique (Lehavot et Simoni, 2011; Szymanski et Kashubeck-West, 2008). Considérant que l'intégration harmonieuse d'une orientation sexuelle minoritaire est cruciale pour la santé mentale des jeunes de minorités sexuelles (Chamberland *et al.*, 2011; Rosario *et al.*, 2011; Luhtanen, 2002), il est important d'identifier les variables susceptibles d'influencer l'impact des agents stressants distaux et proximaux sur la santé mentale des JMS. Le soutien social pourrait jouer un tel rôle en diminuant la détresse psychologique et

l'homophobie intériorisée (Szymanski et Kashubeck-West, 2008). À cet égard, les parents constituent une source importante de soutien social pour les JMS, particulièrement jusqu'au passage à l'âge adulte (Espelage, Aragon, Birkett et Koenig, 2008; Cloutier et Drapeau, 2008). D'ailleurs, le soutien d'un confident, de la famille (en général) et plus particulièrement le soutien parental est significativement associé à l'intégration positive de l'orientation sexuelle et au bien-être des JMS (Berghe *et al.*, 2010; Shilo et Savaya, 2011; Antonio et Moleiro, 2015). Cependant, certaines études rapportent que les personnes LGB reçoivent moins de soutien social et parental que les personnes hétérosexuelles (Eisenberg et Resnick, 2006; Plöderl et Fartacek, 2005). De plus, dans la plupart des travaux sur le soutien social, le soutien parental n'est pas directement étudié et, dans ceux qui l'abordent, l'impact du soutien parental sur le lien entre la victimisation homophobe, l'homophobie intériorisée et la détresse psychologique y est rarement exploré. Ainsi, la présente étude permettra de mieux documenter le possible rôle modérateur du soutien parental dans ces relations.

D'autres facteurs sont aussi associés à la détresse psychologique et doivent être pris en compte pour mieux isoler l'effet du stress minoritaire sur la détresse psychologique, notamment le genre et l'âge. Ainsi, les filles adolescentes seraient de 1,97 à 2,44 fois plus à risque de vivre de la victimisation comparées à leurs pairs masculins (Schneider *et al.*, 2012). Elles seraient aussi plus à risque de vivre de la détresse psychologique, de rapporter une faible estime de soi et d'avoir des idéations suicidaires (Cénat, Blais, Hébert, Lavoie et Guerrier, 2015). Pour ce qui est de l'âge, les jeunes hétérosexuels tout comme les JMS rapporteraient une diminution de la détresse psychologique à mesure qu'ils vieillissent (Jenkins et Vazsonyi, 2013).

Par ailleurs, comme l'adolescence est une période propice à l'intervention, notamment en raison de l'importance d'intervenir avant l'apparition des symptômes et que la majorité des jeunes vivent toujours avec leurs parents à cette période, il est important de mieux comprendre le rôle modérateur possible du soutien parental dans les relations entre la victimisation homophobe, l'homophobie intériorisée et la détresse psychologique chez les JMS. Cette étude vise donc 1) à documenter la prévalence de différentes formes de victimisation homophobe, et ce, selon le genre et l'âge et 2) à tester l'effet modérateur potentiel du soutien parental dans la relation entre la victimisation homophobe, l'homophobie intériorisée et la détresse psychologique.

Méthode

Devis

Les données utilisées dans cette étude proviennent de l'enquête sur le Parcours amoureux des jeunes (PAJ) du Québec. Cette enquête au devis longitudinal a été réalisée auprès de plus de 8000 jeunes du Québec fréquentant, au moment de la première collecte de données, le deuxième cycle du secondaire. Elle inclut un volet portant spécifiquement sur les JMS dont le recrutement s'est effectué en ligne et auprès d'organismes communautaires LGB. Elle vise à documenter, dans l'optique de la théorie du stress minoritaire, le rôle des traumatismes interpersonnels sur l'adaptation psychosociale des JMS. Diverses stratégies ont été utilisées pour recruter les participants, telles que l'affichage de publicité en ligne, sur les réseaux sociaux (par ex., Facebook), la distribution de courriels sur des listes de diffusion, ainsi que la distribution de dépliants promotionnels dans des organismes communautaires québécois travaillant avec les jeunes de minorités sexuelles.

Les données ont été colligées à l'aide d'un questionnaire web visant les JMS âgés de 14 à 22 ans ($n = 336$). Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal. Après élimination des observations invalides (doublons, données manquantes), l'échantillon final analysé pour cet article est composé de 228 JMS âgés de 14 à 22 ans. Parce que cet article porte exclusivement sur la victimisation basée sur une orientation sexuelle minoritaire, les jeunes qui s'identifiaient comme ayant une attirance sexuelle exclusivement envers l'autre sexe ou comme une personne trans n'ont pas été inclus.

Mesures

Variable dépendante

La détresse psychologique a été mesurée à l'aide du Kessler Psychological Distress Scale (Kessler *et al.*, 2002). Cette échelle, comportant dix énoncés, a été utilisée par Statistique Canada dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Contrairement à l'échelle originale qui couvre le dernier mois, la consigne donnée aux répondants porte sur la dernière semaine écoulée (« *Au cours de la semaine qui vient de s'écouler, à quelle fréquence t'es-tu senti/e...* ») et couvre des indicateurs de détresse tels que l'épuisement, la nervosité, le désespoir,

l'agitation, la tristesse et la démotivation (par ex., « *triste ou déprimé/e* », « *si nerveux ou nerveuse que rien ne pouvait te calmer* »). Une échelle de type Likert en 5 points variant de *Jamais* (1) à *Tout le temps* (5) était proposée aux répondants. La somme des réponses a permis d'obtenir un score global de détresse psychologique. La cohérence interne de cette échelle dans le présent échantillon est excellente (alpha de Cronbach = 0,93).

Variable indépendante

La victimisation basée sur le statut sexuel minoritaire a été mesurée, à titre de stressor distal, par une échelle développée à partir d'une étude quantitative auprès de 2747 jeunes Québécois de 3^e et 5^e secondaire provenant de 30 écoles publiques par Chamberland *et al.* (2010), dont la consigne générale est : « *Au cours des six derniers mois, à quelle fréquence as-tu personnellement vécu les situations suivantes parce qu'on pensait que tu es gai/e, lesbienne, bisexuel/le ou trans ?* » Les neuf situations explorées dans l'article de Chamberland *et al.* (2010) ont été reprises telles quelles : « *Se faire exclure, rejeter, ou être mis/e à l'écart* », « *Se faire vandaliser, voler ou détruire des objets personnels (ex. : se faire briser son cellulaire ou son portable)* », « *Se voir forcé/e à poser des gestes sexuels, être victime d'agression sexuelle ou être la cible de voyeurisme ou d'exhibitionnisme* », « *Être victime de rumeurs, d'intimidation, de menaces ou de harcèlement par voie électronique (Internet, Facebook, MySpace, MSN, courriel, textos, etc.)* », « *Se faire bousculer, frapper, donner des coups de pied, se faire cracher dessus ou lancer des objets* », etc. Les réponses étaient indiquées sur une échelle de Likert en 5 points, de *Jamais* (1) à *Toujours* (5).

Variable médiatrice

L'homophobie intériorisée a été mesurée, à titre de stressor proximal, par les trois énoncés développés et suggérés par Mohr et Kendra (2011) dans le *Lesbian, Gay and Bisexual Identity Scale*. Ces trois énoncés sont : « *Je souhaiterais être hétérosexuel/le* », « *Si j'en avais la possibilité, je préférerais être hétérosexuel/le* » et « *Le style de vie homosexuel n'est pas aussi épanouissant que le style de vie hétérosexuel* ». Les répondants devaient indiquer leur degré d'accord ou de désaccord avec chaque énoncé sur une échelle de type Likert en six points variant de *Fortement en désaccord* (1) à *Fortement en accord* (6). Les énoncés originaux, en anglais, ont été traduits par l'équipe pour la présente enquête. La cohérence interne de cette échelle dans le présent échantillon est

adéquate (alpha de Cronbach = 0,77) bien que plus faible que celle observée par Mohr et Kendra (2011; alpha de Cronbach = 0,86).

Variable modératrice

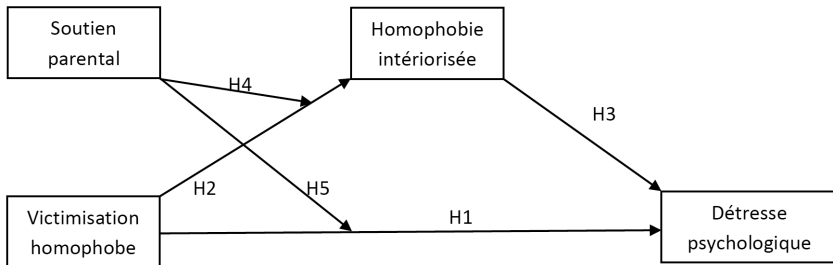
Le soutien parental perçu a été mesuré à l'aide de 6 énoncés adaptés de Armsden et Greenberg (1987) et de Small et Rogers (1995) mesurant le soutien apporté par la mère et le père (par ex., «*Ma mère est disponible lorsque j'ai besoin d'elle*»). Cet instrument de mesure a d'ailleurs été utilisé dans l'étude de Banyard et Cross (2008) dans son article sur la violence conjugale et présente une cohérence interne adéquate dans le présent échantillon (alpha de Cronbach = 0,84). Les énoncés originaux, en anglais, ont été traduits par l'équipe pour la présente enquête. Cinq choix de réponse sur une échelle de type Likert étaient proposés, de *Jamais* (1) à *Très souvent* (5).

Analyses statistiques

D'abord, des analyses descriptives sur l'ensemble de l'échantillon ont été réalisées. Ensuite, des analyses comparant les sous-groupes de genre (filles et garçons) et d'âge (14-17 et 18-22 ans) ont été réalisées. Des tests de Chi-carré ont été réalisés pour les variables catégorielles et des tests *t* de Student, pour les variables continues. Enfin, le modèle présenté à la Figure 1 a été testé. Ce modèle postule que : la victimisation homophobe augmente la détresse psychologique directement (H1); la victimisation homophobe augmente la détresse psychologique indirectement, en augmentant l'homophobie intériorisée (H2) qui, elle, augmente la détresse (H3); et le soutien parental atténue les effets de la victimisation homophobe sur l'homophobie intériorisée (H4) et la détresse psychologique (H5). Ces hypothèses ont été testées simultanément dans un modèle de médiation modérée (Hayes, 2013) par une approche d'analyse acheminatoire (angl. *path analysis*) à l'aide du logiciel Stata 13.1 (StataCorp, 2013). Pour tester les effets indirects de ces modèles et obtenir des intervalles de confiance robustes, nous avons utilisé la technique de rééchantillonnage par biais corrigé et accéléré sur 1000 répliquations avec remise. Cette procédure est adaptée aux distributions non normales ainsi qu'aux petits échantillons et elle est recommandée par Preacher et Hayes (2008). Des intervalles de confiance corrigés qui excluent la valeur zéro sont considérés comme significatifs. Dans un premier temps, ce modèle a été testé sur l'échantillon complet. Ensuite, afin d'examiner la variation potentielle des relations entre victimisation homophobe, homophobie intériorisée et

FIGURE 1

Modèle de médiation modérée visant à estimer le rôle modérateur du soutien parental dans les relations entre la victimisation homophobe, l'homophobie intériorisée et la détresse psychologique



détresse psychologique en fonction du genre et du groupe d'âge, ce modèle a été testé séparément sur les sous-échantillons de filles et de garçons ainsi que sur deux sous-groupes d'âge. Les tendances décrites pour le modèle testé sur l'échantillon complet sont observées dans chacun des sous-groupes de genre et d'âge. Toutefois, en raison de la taille échantillonnale réduite de ces sous-échantillons et de la perte de puissance statistique qui en résulte, les paramètres testés n'atteignent pas le seuil de significativité. Pour cette raison, ces modèles secondaires ne sont pas présentés.

Résultats

Le Tableau 1 présente les caractéristiques des participants. Ils étaient âgés de 14 à 22 ans (moyenne = 18,01) et rapportaient majoritairement une attraction sexuelle envers des personnes de même sexe (76 %). La majorité de l'échantillon est composé de filles (63 %) et vivait ailleurs qu'avec leurs deux parents respectifs (69 %). De plus, 71 % des répondants ont vécu au moins une forme de victimisation homophobe, dont l'humiliation (48 %), l'atteinte à la réputation (48 %), l'exclusion (35 %) et la cyberintimidation (25 %) sont les plus fréquentes.

Des analyses selon l'âge et le genre démontrent que certaines formes de victimisation sont influencées par ces deux variables sociodémographiques. Ainsi, selon les analyses, les garçons seraient significativement plus à risque de rapporter vivre au moins une forme de victimisation. En ce qui concerne les formes spécifiques de victimisation, les garçons

TABLEAU 1

Caractéristiques des participants (n = 228)

	Total	Genre			Âge		
		Filles	Gars		14-17	18-22	
		62,72 %	37,28 %		45,18 %	54,82 %	
		(n = 143)	(n = 85)		(103)	(125)	
Moyenne (écart-type)							
Âge	18,01 (1,99)	17,77 (2,01)	18,44 (1,91)		16,15 (0,86)	19,56 (1,17)	
	% (N)			Chi2 (valeur p)	% (N)		Chi2 (valeur p)
Résidence							
Avec ses parents	30,70 % (70)	30,07 % (43)	31,76 % (27)	0,072 (0,788)	31,07 % (32)	30,40 % (38)	0,012 (0,913)
Ailleurs	69,30 % (143)	69,93 % (100)	68,24 % (58)		68,93 % (71)	69,90 % (87)	
Attrirance sexuelle							
Principalement ou exclusivement pour le même sexe	76,32 % (174)	69,23 % (99)	88,24 % (75)	11,302 (0,010)	72,82 % (75)	79,20 % (99)	3,693 (0,297)
Les deux sexes	14,90 % (34)	18,88 % (27)	8,24 % (7)		18,45 % (19)	12,00 % (15)	
Incertaine	1,75 % (4)	2,80 % (4)	0,00 % (0)		2,91 % (3)	0,80 % (1)	
Principalement de l'autre sexe	16,02 % (16)	9,09 % (13)	3,53 % (3)		5,83 % (6)	8,00 % (10)	
Prévalence des formes de victimisation homophobe							
Au moins une forme	71,49 % (163)	66,43 % (95)	80,00 % (68)	4,814 (0,028)	76,70 % (79)	67,20 % (84)	2,500 (0,114)
Rejet et exclusion	34,65 % (79)	34,27 % (49)	35,29 % (30)	0,025 (0,875)	43,69 % (45)	27,20 % (34)	6,781 (0,009)
Humiliation	47,81 % (109)	41,96 % (60)	57,65 % (49)	5,259 (0,022)	53,40 % (55)	43,20 % (54)	2,354 (0,125)
Atteinte à la réputation	47,81 % (109)	46,85 % (67)	49,41 % (42)	0,140 (0,708)	57,28 % (59)	40,00 % (50)	6,759 (0,009)
Cyberintimidation	24,56 % (56)	23,78 % (34)	25,88 % (22)	0,128 (0,721)	36,89 % (38)	14,40 % (18)	15,419 (0,001)
Violence physique	13,60 % (31)	9,79 % (14)	20,00 % (17)	4,730 (0,030)	23,30 % (24)	5,60 % (7)	15,061 (0,001)
Contraint de faire quelque chose	8,77 % (20)	9,09 % (13)	8,24 % (7)	0,049 (0,825)	14,56 % (15)	4,00 % (5)	7,874 (0,005)
Vandalisme des biens personnels	6,58 % (15)	4,20 % (6)	10,59 % (9)	3,545 (0,060)	10,68 % (11)	3,20 % (4)	5,140 (0,023)
Harcèlement sexuel	14,04 % (32)	8,39 % (12)	23,53 % (20)	10,125 (0,001)	15,53 % (16)	12,80 % (16)	0,350 (0,554)
Coercition sexuelle	6,58 % (15)	3,50 % (5)	11,76 % (10)	5,930 (0,015)	7,77 % (8)	5,60 % (7)	0,431 (0,511)
	Moyenne (écart-type)			t de Student (dl = 226) ; valeur p	Moyenne (écart-type)		t de Student (dl = 226) ; valeur p
Homophobie intérieurisée ¹	2,00 (1,19)	1,88 (1,16)	2,19 (1,23)	-1,90 ; 0,059	2,03 (1,29)	1,98 (1,11)	0,31 ; 0,760
Victimisation homophobe ³	1,41 (0,57)	1,37 (0,51)	1,47 (0,65)	-1,22 ; 0,224	1,54 (0,60)	1,29 (0,52)	3,23 ; 0,001
Soutien parental ⁴	2,60 (1,06)	2,60 (1,11)	2,61 (0,98)	-0,106 ; 0,916	2,48 (1,10)	2,71 (1,03)	-1,65 ; 0,100
Somme (écart-type)							
Détresse psychologique ²	23,89 (9,40)	24,84 (10,44)	22,28 (7,07)	2,00 ; 0,047	26,30 (10,17)	21,90 (8,23)	3,62 ; 0,001

1. Moyenne variant de 1 (fortement en désaccord; faible endossement des énoncés relatifs à l'homophobie intériorisée) à 6 (fortement en accord; fort endossement des énoncés).

2. Somme variant de 10 (faible endossement des énoncés relatifs à la détresse psychologique) à 50 (fort endossement des énoncés relatifs à la détresse psychologique)

3. Moyenne variant de 1 (jamais; aucune victimisation homophobe) à 5 (toujours; fréquente victimisation homophobe).

4. Moyenne variant de 1 (jamais; aucun soutien parental) à 5 (très souvent; maximum de l'échelle de soutien parental).

étaient plus susceptibles d'avoir vécu de l'humiliation, de la violence physique, du harcèlement sexuel et de la coercition sexuelle, comparativement aux filles. Pour ce qui est de l'âge, les adolescents âgés de 14 à 17 ans seraient plus à risque de vivre du rejet et de l'exclusion, des atteintes à leur réputation, de la cyberintimidation, de la violence physique, du vandalisme de leurs biens personnels, et d'être contraints à faire quelque chose contre leur gré, comparés aux jeunes adultes âgés de 18 à 22 ans. Il semble donc que le fait d'être un garçon ou encore d'être jeune soit associé au fait de vivre de la victimisation homophobe en plus grande proportion que pour les filles et les personnes plus âgées.

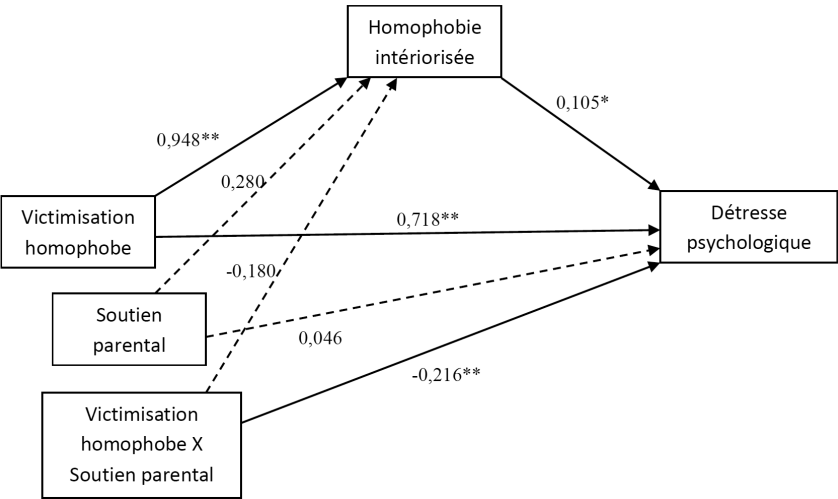
Au niveau de la variable dépendante, il semblerait qu'il y ait une différence selon le genre ainsi que selon l'âge. Selon les analyses, les filles et les adolescents (14-17 ans) rapporteraient vivre davantage de détresse psychologique que les garçons (14-17 ans) ou encore les jeunes adultes (18-22 ans). De plus, les adolescents (14-17 ans) rapporteraient vivre d'avantage de victimisation homophobe que les jeunes adultes âgés de 18 à 22 ans. Pour ce qui est de l'homophobie intériorisée et du soutien parental, les résultats ne permettent pas de conclure à des différences selon le genre ou l'âge.

La Figure 2 présente le modèle statistique estimé. Comme postulée, la détresse psychologique est significativement associée à la victimisation homophobe, tant directement (H1; coefficient = 0,718, IC95 % = 0,272-1,164) qu'indirectement via le rôle médiateur de l'homophobie intériorisée (H2; coefficient = 0,948, IC95 % = 0,356-1,540 et H3; coefficient = 0,105, IC95 % = 0,0009-0,201). Le rôle modérateur du soutien parental est confirmé dans la relation entre la victimisation homophobe et la détresse psychologique (H5; coefficient = -0,216, IC95 % = 0,272-1,164). Ainsi, à niveau égal de victimisation, les jeunes rapportant peu de soutien parental vivent plus de détresse psychologique. Tous les effets vont dans la direction attendue. Toutefois, l'hypothèse voulant que le soutien parental atténue l'impact de la victimisation sur l'homophobie intériorisée n'a pas été confirmée (H4; coefficient = 0,280, IC95 % = -0,069-0,631). Ce modèle explique 22,5 % de la variance de la détresse psychologique et 6,6 % de la variance de l'homophobie intériorisée.

Les analyses présentées dans le Tableau 2 indiquent que l'augmentation du soutien parental jusqu'à la moyenne est associée à une diminution de la détresse psychologique rapportée. Ces analyses démontrent qu'à niveau égal de victimisation, ceux ayant accès au soutien parental vivraient moins de détresse psychologique comparativement à ceux

FIGURE 2

Modèle statistique de médiation modérée avec coefficients de régression



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

TABEAU 2

Effet indirect du soutien parental sur la détresse psychologique via l'homophobie intériorisée à des valeurs spécifiques du soutien parental

	Total	
	Coef. (I.C. 95 %)	É.-T.
-1 É.-T.	0,107 (0,012, 0,260)	0,062
Moyenne	0,059 (0,008, 0,133)	0,032
+ 1 É.-T.	0,011 (-0,064, 0,089)	0,038

Note. Écart-type et intervalles de confiance par rééchantillonnage par biais corrigé et accéléré sur 1000 répliques avec remise.

qui ont moins de soutien parental. Toutefois, l'effet du soutien parental s'estompe lorsqu'il dépasse la moyenne. Ainsi, le soutien parental a un effet modérateur jusqu'à une valeur d'environ 1 écart-type au-dessus de la moyenne, à partir d'où son effet de modérateur n'est plus significatif.

Discussion

Cette étude visait à explorer la relation entre la victimisation homophobe, l'homophobie intériorisée, le soutien parental et la détresse psychologique chez des JMS. Les relations attendues sont en majorité confirmées, montrant un lien direct entre la victimisation homophobe et la détresse psychologique. De plus, le rôle de médiateur de l'homophobie intériorisée et le rôle modérateur du soutien parental dans les relations entre la victimisation homophobe et la détresse psychologique ont été confirmés. Ainsi, le soutien parental atténue, lorsqu'il est suffisant, les effets de la victimisation homophobe sur la détresse psychologique. Toutefois, le soutien parental n'avait pas de rôle modérateur sur l'impact de la victimisation homophobe sur l'homophobie intériorisée. Il est possible de croire qu'à l'adolescence, l'opinion des pairs est plus importante que celle des parents dans le processus d'individuation et que les JMS intériorisent davantage l'opinion de ceux-là.

Les résultats obtenus démontrent qu'à un même niveau de victimisation homophobe, les jeunes de minorités sexuelles ayant moins de soutien parental risquent de vivre plus de détresse psychologique. On peut supposer que le soutien parental influence le sentiment de sécurité des JMS ou encore leur permette de développer des mécanismes d'adaptation pour faire face au stress (Cloutier et Drapeau, 2008). Ces mécanismes d'adaptation sont susceptibles d'avoir une influence sur la santé mentale des JMS et mériteraient d'être explorés dans les travaux futurs.

Ces résultats soulignent l'importance du soutien des parents durant la transition vers l'âge adulte chez les jeunes de minorités sexuelles qui vivent de la victimisation homophobe. Ces résultats sont importants considérant que les JMS rapportent en général moins de soutien social et parental que les jeunes hétérosexuels (Eisenberg et Resnick, 2006; Plöderl et Fartacek, 2005). D'ailleurs, il a été démontré par nombre d'études que les jeunes de minorités sexuelles vivent plus de victimisation et de détresse psychologiques que leurs pairs hétérosexuels (Taylor *et al.*, 2011; Blais *et al.*, 2013; Hughes *et al.*, 2010; Zhao *et al.*, 2010; Hatzenbuehler et Keyes, 2012; Burton *et al.*, 2013).

Ces résultats permettent aussi de constater l'impact négatif de la victimisation homophobe sur la perception qu'ont les jeunes d'eux-mêmes. Comme mentionné par Russel, Ryan, Toomey, Diaz et Sanchez (2011), les expériences de victimisation homophobe envoient le message aux jeunes que leur orientation sexuelle est illégitime et qu'ils devraient

en avoir honte. Tout comme le stipulait Meyer (2003), la victimisation homophobe et cette perception négative (Herek, 2004), qui se manifestent par l'homophobie intériorisée et la faible estime de soi, se traduisent en partie par de la détresse psychologique. Ainsi, les parents peuvent jouer un rôle important, par leur disponibilité, leur présence et leur soutien dans la recherche de solutions, pour minimiser les conséquences de la victimisation homophobe sur la santé mentale de leurs enfants (Stadler, Feijel, Rohrmann, Vermeiren et Poutska, 2010).

De surcroît, ces résultats confirment aussi qu'il existe des différences selon le genre et l'âge en ce qui a trait à la victimisation homophobe ainsi qu'à la détresse psychologique. Ainsi, nos résultats confirment les résultats des études qui démontrent que les filles sont plus à risque de rapporter de la détresse psychologique comparative-ment à leurs pairs masculins (Schneider *et al.*, 2012; Cénat *et al.*, 2015). De plus, ces résultats réitèrent l'importance d'intervenir tôt durant le développement des jeunes puisque les JMS de 14 à 17 ans sont davantage à risque de rapporter vivre de la victimisation homophobe et de la détresse psychologique que les JMS plus âgés (18 à 22 ans).

Les résultats ne permettent toutefois pas de conclure à un lien de modération du soutien parental sur la relation entre la victimisation homophobe et l'homophobie intériorisée. Ainsi, nos résultats ne concordent pas avec ceux de Willoughby *et al.* (2010) qui rapportent un effet significatif du soutien parental sur l'intégration de l'orientation sexuelle. La mesure de soutien parental utilisée dans la présente étude porte le soutien reçu des parents de façon générale et décontextualisée, et non pas le soutien qu'ils prodiguent à leur enfant dans le contexte propre à l'intégration de l'orientation sexuelle. Le recours à une mesure de soutien parental spécifique à l'orientation sexuelle pourrait mener à des conclusions différentes sur son rôle modérateur. De plus, connaissant l'importance de pairs à l'adolescence (Cloutier et Drapeau, 2008), il aurait été intéressant de prendre en compte non seulement la victimisation, mais aussi l'exposition des JMS à des propos et comportements homophobes non directement dirigés vers eux. Ainsi, par apprentissage vicariant, cette exposition pourrait également constituer un stressor distal tout aussi important à considérer pour comprendre le développement de l'homophobie intériorisée.

Bien que le contexte de la victimisation homophobe n'ait pas été pris en compte dans la présente étude, ces résultats appuient l'importance des initiatives de lutte contre l'homophobie et l'hétérosexisme. Ces initiatives devraient viser le changement des attitudes relatives à

la diversité sexuelle afin de minimiser l'exposition des JMS à la victimisation homophobe et sensibiliser les différents intervenants impliqués aux indices de victimisation et de détresse psychologique. Considérant que l'école, la maison et le milieu de travail sont trois des contextes les plus importants dans la vie des adolescents et des adultes émergents, ils devraient être visés prioritairement.

Les résultats montrent la pertinence de sensibiliser les parents au dépistage des situations de violence que peuvent vivre leurs enfants ainsi qu'aux indices de détresse qu'ils peuvent manifester (épuisement, nervosité, désespoir, agitation, tristesse, démotivation, etc.). Ils doivent aussi être sensibilisés à leur rôle clé dans la prévention de la détresse psychologique et éduqués sur les questions relatives à la diversité sexuelle afin de ne pas eux-mêmes renforcer la victimisation basée sur le statut sexuel minoritaire à travers des attitudes et des comportements désapprouvateurs. Le fait que l'effet modérateur du soutien parental s'estompe lorsqu'il dépasse la moyenne pourrait être dû à la taille échantillonnale modérée et à une perte de puissance statistique. D'une part, ceci ne signifie pas que ce soutien n'est pas cliniquement significatif pour les jeunes qui en bénéficient. D'autre part, si cette tendance devait se maintenir dans un échantillon de plus grande taille, elle soulignerait que les habiletés de soutien exigées des parents pour avoir un effet significatif restent modérées et, possiblement, susceptibles d'être acquises plus facilement.

Des programmes d'intervention devraient être mis en place pour soutenir directement les JMS dans le développement d'habiletés de gestion de la violence, telles que l'accompagnement dans la dénonciation et la protection contre la revictimisation. De plus, des interventions visant le changement d'attitudes doivent être mises en place pour aider les JMS à intégrer harmonieusement leur orientation sexuelle et réduire l'intériorisation de l'homophobie sociétale et de l'hétérosexisme.

Cette étude comporte certaines limites qui doivent être prises en considération. Premièrement, la nature de la collecte de données autorapportées implique des biais possibles de désirabilité sociale, de mémoire et de subjectivité dans l'évaluation de la victimisation ou de son attribution à l'orientation sexuelle ou à la non-conformité de genre. Deuxièmement, le caractère non probabiliste et communautaire de l'échantillon implique qu'il ne peut être jugé représentatif des JMS du Québec. Ainsi, la composition de l'échantillon peut sous-représenter les jeunes qui ne s'identifient pas ouvertement comme JMS et n'auraient pas été rejoints par les stratégies de recrutement déployées

en ligne et en milieu communautaire. En ce sens, les jeunes rejoints auraient pu bénéficier d'un réseau de soutien plus important que les autres ou avoir davantage intégré leur orientation sexuelle. De plus, il est possible de remarquer une légère surreprésentation de filles dans notre échantillon. Cette surreprésentation a pu influencer nos résultats puisque les taux de victimisation homophobes semblent être différents selon le genre (Poteat, O'Dwyer et Mereish, 2012). De fait, il est plausible que les personnes interrogées présentent des degrés de victimisation, d'homophobie intériorisée et de détresse psychologique non représentatifs. Qui plus est, la taille échantillonnale modeste diminue la puissance statistique nécessaire pour détecter la présence de liens significatifs. Troisièmement, la mesure de soutien parental utilisée dans cette étude fait référence à une forme générique de soutien, de sorte que le soutien propre à l'orientation sexuelle et les attitudes parentales à l'égard de l'orientation sexuelle n'ont pas été pris en compte. Finalement, il est peu probable que l'expérience de victimisation homophobe soit vécue de manière uniforme par tous les JMS. En ce sens, la modulation de cette expérience en fonction de l'orientation sexuelle (lesbiennes, gais, bisexuels, bisexuelles), de l'ethnicité ou de la classe sociale n'a pas été prise en compte dans cet article, ce qui aurait permis de raffiner les résultats.

Dans le cadre de futures recherches, il serait utile d'explorer le rôle du soutien parental propre à l'orientation sexuelle sur les liens entre victimisation homophobe, homophobie intériorisée et détresse psychologique auprès d'un échantillon représentatif et de plus grande taille. Il serait pertinent de prendre en compte la divulgation de l'orientation sexuelle aux parents, puisqu'il peut être difficile pour les parents de fournir un soutien propre à l'orientation sexuelle pour les jeunes qui ne l'ont pas encore dévoilée. Malgré ces limites, cette étude montre la grande vulnérabilité des JMS à la victimisation, l'importance des efforts de lutte contre l'homophobie pour réduire la détresse psychologique des JMS et le rôle clé des parents dans le maintien d'une bonne santé mentale chez ces jeunes.

Remerciements : Les auteurs remercient les organismes communautaires qui ont participé au recrutement, notamment le Conseil québécois LGBT, et les jeunes qui ont participé à l'enquête. Ce travail a été financé par les Instituts de recherche en Santé du Canada (www.irsc-cihr.gc.ca) FRN: 103944.

Références

- Antonio, R., & Moleiro, C. (2015). Social and parental support as moderators of the effects of homophobic bullying on psychological distress in youth. *Psychology in the Schools*, 52(8), 729-742.
- Armsden, G.C., & Greenberg, M.T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454.
- Banyard, V.L., & Cross, C. (2008). Consequences of teen dating violence: Understanding intervening variables in ecological context. *Violence Against Women*, 14(9), 998-1013. doi: 10.1177/1077801208322058
- Berghe W. V., Dewaele, A., Cox, M. et Vincke, J. (2010). Minority-Specific Determinants of Mental Well-Being Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(1), 153-166.
- Blais, M., Gervais, J., Boucher, K., Hébert, M. et Lavoie, F. (2013). Prevalence of Prejudice Based on Sexual Minority Status among 14 to 22-year-old Youths in the Province of Quebec (Canada). *International Journal of Victimology*, 11(2).
- Burton M. C., Marshal, M. P., Chisolm, D. J., Sucato, G. S. et Friedman, M. S. (2013). Sexual Minority-Related Victimization as a Mediator of Mental Health Disparities in Sexual Minority Youth: A Longitudinal Analysis. *Journal of Youth Adolescence*, 42, 394-402.
- Cénat, J. M., Blais, M., Hébert, M., Lavoie, F., & Guerrier, M. (2015). Correlates of bullying in Quebec High school students: The vulnerability of sexual-minority youth. *Journal of Affective Disorders*, 183, 315-321.
- Chamberland, L., Richard, G. et Bernier, M. (2013). Les violences homophobes et leurs impacts sur la persévérance scolaire des adolescents au Québec. *Recherches & éducations*, 8, 99-114.
- Chamberland, L., Émond, G., Julien, D., Otis, J. & Ryan, B. avec la collaboration de Bernier, M., Chevrier, M., Petit, M.-P. & Richard, G. (2010). *L'impact de l'homophobie et de la violence homophobe sur la persévérance et la réussite scolaires*. Rapport final de recherche: Université du Québec à Montréal.
- Chamberland, L., Émond, G., Julien, D., Otis, J., & Ryan, W. (2011). *L'impact de l'homophobie et de la violence homophobe sur la persévérance et la réussite scolaires*. Montréal, Québec: Fonds de recherche sur la société et la culture.
- Cloutier, R. et Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence*. Montréal, Canada: G. Morin, 314 p.
- Eisenberg M. E. et M. D. Resnick (2006). Suicidality among Gay, Lesbian and Bisexual Youth: The Role of Protective Factors. *Journal of Adolescent Health*, 39, 662-668.
- Espelage, D. L., Aragon, S. R., Birkett, M., & Koenig, B. W. (2008). Homophobic teasing, psychological outcomes, and sexual orientation among high school students: what influences do parents and schools have? *School Psychology Review*, 37, 202-216.

- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How Does Sexual Minority Stigma “Get Under the Skin”? A Psychological Mediation Framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707-730.
- Hatzenbuehler, M. L. et Keyes, K. M. (2012). Inclusive Anti-bullying Policies and Reduced Risk of Suicide Attempts in Lesbian and Gay Youth. *Journal of Adolescent Health*, 53, s21-s26.
- Hatzenbuehler, M. L., Nolan-Hoeksema, S. et Dovidio, J. (2009). How Does Stigma “Get Under the Skin”? : The Mediating Role of Emotion Regulation. *Psychological Science*, 20(10), 1282-1289.
- Hayes, A.F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York, NY: Guilford Press, 507 p.
- Herek G. M. (2004). Beyond “Homophobia”: Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century. *Journal of National Sexuality Resource Center*, 1(2), 6-24.
- Hughes T., McCabe, S. E., Wilsnack, S. C., West, B. T. et Boyd, C. J. (2010) Victimization and substance use disorders in a national sample of heterosexual and sexual minority women and men. *Addiction*, 105, 2130-2140.
- Jenkins, D. D., & Vazsonyi, A. T. (2013). Psychosocial adjustment during the transition from adolescence to young adulthood: Developmental evidence from sexual minority and heterosexual youth. *The Journal of Positive Psychology*, 8(3), 181-195.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.-L.T., Walters, E.E., & Zaslavsky, A.M. (2002). Short screening scale to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976.
- Lehavot K. et Simoni, J. M. (2011). The Impact of Minority Stress on Mental Health and Substance Use Among Sexual Minority Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 159-170.
- Luhtanen, R. K. (2002). Identity, Stigma Management, and Well-Being. *Journal of Lesbian Studies*, 7(1), 85-100.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Mohr, J. J. & Kendra, M. S. (2011). Revision and extension of a multidimensional measure of sexual minority identity: the Lesbian, Gay, and Bisexual Identity Scale. *Journal of counseling psychology*, 58(2), 234-245. doi:10.1037/a0022858
- Plöderl M. et Fartacek, R. (2005). Suicidality and Associated Risk Factors Among Lesbian, Gay, and Bisexual Compared to Heterosexual Austrian Adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 661-670.
- Poteat, V. P., O'Dwyer, L. M. & Mereish, E. H. (2012). Changes in how students use and are called homophobic epithets over time: Patterns predicted by gender, bullying, and victimization status. *Journal of Educational Psychology*, 104(2), 393.

- Rosario M., Schrimshaw, E. W. et Hunter, J. (2011). Different Patterns of Sexual Identity Development over Time: Implications for the Psychological Adjustment of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths. *The Journal of Sex Research*, 48(1), 3-15.
- Russell, S. T., Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M. et Sanchez, J. (2011). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescent School Victimization: Implications for Young Adult Health and Adjustment. *Journal of School Health*, 81(5), 223-230.
- Schneider, S. K., O'Donnell, L., Stueve, A. & Coulter, R. W. (2012). Cyberbullying, school bullying, and psychological distress: A regional census of high school students. *American Journal of Public Health*, 102(1), 171-177.
- Shilo G. et Savaya, R. (2011). Effects of Family and Friend Support on LGB Youths' Mental Health and Sexual Orientation Milestones. *Family Relations*, 60, 318-330.
- Small, S. & Rodgers, K. (1995). *Teen Assessment Project*. Madison, WI: Department of child and Family Studies, University of Wisconsin – Madison. Unpublished manuscript.
- Stadler, C., Feijel, J., Rohrmann, S., Vermeiren, R. et Poutska, F. (2010). Peer-victimization and mental health problems in adolescents: Are parental and school support protective? *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 371-386.
- Szymanski D. M. et Kashubeck-West, S. (2008). Mediators of the Relationship Between Internalized Oppressions and Lesbian and Bisexual Women's Psychological Distress. *The Counseling Psychologist*, 36(4), 1-18.
- Taylor C. et Peter, T. (2011). "We Are Not Aliens, We're People, and We Have Rights." Canadian Human Rights Discourse and High School Climate for LGBTQ Students. *Canadian Review of sociology*, 48(3), 275-312.
- Williams, K. A. et Chapman, M. V. (2011). Comparing Health and Mental Health Needs, Service Use, Barriers to Services among Sexual Minority Youths and Their Peers. *Health and Social Work*, 36(3), 197-206.
- Willoughby B. L. B., Doty, N. D. et Malik N. M. (2010). Victimization, Family Rejection, and Outcomes of Gay, Lesbian, and Bisexual Young People: The Role of Negative GLB Identity. *Journal of GLBT Family Studies*, 6(4), 403-424
- Woodford M. R., Han, Y., Craig, S., Lim, C. et Matney, M. M. (2013). Discrimination and Mental Health among Sexual Minority College Students: The Type and Form of Discrimination Does Matter. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 18(2), 142-163.
- Zhao, Y., Montoro, R., Igartua, K. and Thombs, B. (2010). 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(2): 104-113.

Distinguer le processus d'acceptation d'une identité sexuelle minoritaire d'un trouble obsessionnel compulsif avec obsessions sexuelles

Karine J. Igartua^a

RÉSUMÉ Le processus identitaire par lequel passe une personne d'une minorité sexuelle inclut plusieurs phases, dont la confusion, la prise de conscience d'un homoérotisme, la comparaison avec des pairs hétérosexuels et homosexuels, le deuil des privilèges sociaux reliés à l'hétéronormativité et enfin l'acceptation et l'intégration de son orientation sexuelle minoritaire. Il arrive que la détresse occasionnée par la réalisation d'être autre que ce que l'individu, sa famille et la société avaient prévu amène la personne à consulter un professionnel de la santé. Les pratiques actuelles en cette matière proscrirent toute thérapie de réorientation et encouragent plutôt le professionnel à aider l'individu dans son acceptation de sa minorité sexuelle. Or, il arrive quelques fois que des individus sans aucun homoérotisme consultent pour une détresse reliée à un questionnement identitaire sexuel. Cet article propose une série de cas de jeunes hommes qui ont demandé de l'aide pour accepter leur orientation sexuelle mais qui n'avaient pas l'érotisme pour soutenir leur questionnement pourtant persistant. Le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif (TOC) a été posé et traité. Comme il y a peu dans la documentation scientifique décrivant cette forme de TOC, ces illustrations cliniques servent à décrire le phénomène et à dégager quelques pistes diagnostiques et thérapeutiques, et ce, afin d'éviter de confondre le TOC sexuel avec une détresse reliée à la non-acceptation d'un érotisme homosexuel.

-
- a. M.D., C.M., FRCPC, professeure agrégée au Département de psychiatrie de la faculté de médecine de l'université McGill – Codirectrice médicale, Centre d'orientation sexuelle de l'Université McGill – Psychiatre au Centre universitaire de santé McGill – Présidente de l'Association des médecins psychiatres du Québec.

MOTS CLÉS homosexualité, trouble obsessionnel compulsif, identité, homophobie, obsession

Distinguishing normal identity formation process for sexual minorities from obsessive compulsive disorder with sexual orientation obsessions

ABSTRACT Objectives In synthesizing a homosexual or bisexual identity, an individual may go through different stages before coming to a positive healthy identity. It is likely that there will be a period in which homosexual yearnings will be unwanted. Sometimes this distress leads the person to consult a health professional. Conversion therapy has been proven both ineffective and harmful and therefore has been ethically prohibited by all major psychiatric and psychological associations. The responsible clinician will attempt to assist the individual in his acceptance of his sexual minority. Occasionally individuals without homoeroticism consult because of distress related to sexual identity questioning which poses a different problem for clinicians especially if the situation goes unrecognized. The objective of this paper is to describe homosexual obsessive compulsive disorder (HOCD) and distinguish it clinically from the normal process of sexual minority identity formation in western culture.

Methods A literature review yielded very few descriptions of homosexual OCD. A retrospective chart review of all patients seen in the last 3 years at the McGill University Sexual Identity Centre was conducted to identify all the cases of OCD. Six cases were found, 4 of which were of HOCD and are presented. Similarities between cases are highlighted.

Results All cases were young men with relatively little relationship and sexual experience. Most were rather shy and had some other obsessional history in the past though often at a sub-clinical threshold. Obsessional doubt about their orientation was very distressing and did not abate over time as would normally occur with a homoerotic individual. The four patients who had an obsession of being gay despite little or no homoeroticism are presented in detail. They all presented mental compulsions, avoidance and physiological monitoring. Continuous internal debate trying to prove or disprove sexual orientation was a ubiquitous mental compulsion. They all spent a majority of time monitoring their physiological reactions to members of both sexes to check for arousal. They attempted homosexual activity and were disgusted by it, yet this did not end their questioning. They avoided relationships with the opposite sex, being either too anxious to initiate, or too conflicted to maintain them. The obsession with being gay seemed like a horrific thought symptomatic of homophobia, however the level of horror was out of proportion to the patient's overall level of homonegativity suggesting that the horror came mostly from feeling like their core identity was threatened.

Conclusion HOCD can present in ways similar to normal homosexual identity formation. A thorough exploration of eroticism towards both sexes as well as prior history of subclinical anxiety should help distinguish the two. Treatment of HOCD should combine education about sexuality and OCD as well as usual OCD treatments such as relaxation techniques, cognitive restructuring, mindfulness training and pharmacology.

KEYWORDS homosexuality, obsessive compulsive disorder, identity, homophobia, obsession

Introduction

Le développement d'une identité homosexuelle en contexte occidental

L'hétérosexualité étant la norme tant en termes de pourcentage de la population qu'en termes de ce qui est socialement désirable, la grande majorité des individus tiendront pour acquis qu'ils sont hétérosexuels. C'est une identité qui est adoptée de façon subconsciente, sans vraiment y réfléchir. Par contre, lorsqu'un individu s'aperçoit qu'il a des pensées ou des pulsions homosexuelles, l'identité peut être remise en question. Ces idées pourront être plus ou moins difficiles à porter selon le degré d'acceptation de l'homosexualité dans sa culture d'origine.

Plusieurs modèles de développement d'identité sexuelle minoritaire ont été avancés (Cass, 1979 ; Coleman, 1982 ; Troiden, 1989). De façon générale, ces différents modèles se recoupent, ayant plusieurs hypothèses communes. D'abord, l'individu connaît une « pré-étape », un moment où il se perçoit comme étant semblable aux hétérosexuels. S'ensuit une prise de conscience d'une différence, sans que celle-ci soit nécessairement, directement ou consciemment, reliée à la sexualité. L'individu perçoit des intérêts, des aptitudes ou des traits de personnalité différents de ses pairs de même sexe. À un certain moment, il prend conscience d'une attirance pour ceux-ci. Il se questionne alors sur la signification et l'importance de cette attirance, se met à comparer les identités homosexuelles et hétérosexuelles. Cette comparaison est fortement teintée par les attitudes sociétales par rapport aux minorités sexuelles. L'individu cherchera de l'information sur l'homosexualité et le contact avec des personnes ayant des attirances similaires. Éventuellement, il viendra à accepter sa nouvelle identité sexuelle et à intégrer celle-ci parmi toutes ses autres identités sociales.

Plusieurs critiques ont été proposées pour ces modèles de développement de l'identité homosexuelle (Groves *et al.*, 2006 ; Floyd et Bakeman, 2006 ; Kenneady et Oswalt, 2014) : 1) ils négligent les identités bisexuelles et asexuelles ; 2) ils font fi de la fluidité de la sexualité ; 3) ils ne font pas nécessairement la différence entre les parcours des hommes et des femmes ; 4) ils ne tiennent pas compte de l'identité de genre ; 5) l'intersection entre les multiples identités minoritaires (sexuelle, raciale, religieuse) n'est pas prise en compte. Malgré ces lacunes, ces modèles demeurent pertinents puisqu'ils mettent en lumière le fait qu'un inconfort vis-à-vis de son homoérotisme est normal dans une société occidentale et que le questionnement par rapport à son identité sexuelle est un processus qui peut s'échelonner sur plusieurs mois, voire plusieurs années, chez les individus avec un homoérotisme.

Par ailleurs, il arrive que des individus sans aucune attirance homosexuelle remettent aussi en question leur identité hétérosexuelle. Quelquefois, cela s'explique par une méconnaissance de la sexualité et la croyance en certains mythes tels : « si j'ai été abusé sexuellement par un homme lorsque j'étais garçon, cela m'a appris à aimer les hommes » ; « si je n'ai aucun succès avec les femmes, peut-être que je serais mieux avec un homme » ; « si j'ai peur des hommes à cause de mauvaises expériences, je devrais me tourner vers les femmes ». Habituellement, lorsque ces hypothèses sont émises par ignorance du développement sexuel, la psychoéducation suffira pour réduire l'anxiété associée et permettre à l'individu de reprendre son identité hétérosexuelle sans conflit. Quelquefois, ces questionnements persistent de façon illogique, prenant la forme d'obsessions. Ils deviennent récurrents, intrusifs, dérangeants. Devant l'absence d'obsessions plus classiques de contamination ou de symétrie, il est possible qu'on ne soupçonne pas le trouble obsessionnel compulsif (TOC). Effectivement, selon une étude menée auprès de 2550 psychologues américains, seulement 23 % diagnostiquent le TOC lorsque la vignette clinique présentée ne comporte que des obsessions par rapport à l'homosexualité. En comparaison, 84 % posent le diagnostic lorsque les obsessions sont liées à la contamination (Glazier, Calixte et Rothchild, 2013). Pourtant, échapper ce diagnostic peut avoir des répercussions délétères si le clinicien tente de faire accepter une identité sexuelle minoritaire à un individu hétéroérotique souffrant de TOC sexuel.

Les obsessions de type sexuel sont toutefois relativement prévalentes dans le TOC mais ne sont habituellement dévoilées que si on les examine spécifiquement. En effet, ce ne sont pas toutes les recherches

ni toutes les échelles sur le TOC qui incluent des questions à ce sujet (Sanavio, 1988; Goodman, Price et Rasmussen, 1989). Diverses études ont tout de même trouvé des prévalences d'obsessions sexuelles variant de 6 à 48 % (Foa *et al.*, 1995; Okasha *et al.*, 1994; Rasmussen et Tsuang, 1986). Plus récemment, dans le *National Comorbidity Survey – Replication*, 30 % des patients atteints du TOC avaient des obsessions sexuelles ou religieuses (Ruscio *et al.*, 2010). Parmi des patients d'une clinique de TOC, 13 % avaient des obsessions sexuelles actives et 25 % endossaient ces obsessions dans leurs antécédents (Grant *et al.*, 2006). Dans une autre étude de patients recrutés parmi des cliniques américaines spécialisées dans le traitement du TOC, 8 % des patients avaient des obsessions propres à leur orientation sexuelle (Williams et Farris, 2011; Williams, 2008).

Ces auteurs ont aussi trouvé que les obsessions homosexuelles sont deux fois plus communes chez les hommes que chez les femmes dans une étude (Williams et Farris, 2011) mais pas dans une autre étude (Williams, 2006). Dans une troisième étude par le même groupe de recherche, on rapporte que la détresse engendrée par les obsessions homosexuelles serait plus intense chez les femmes que chez les hommes (Williams et coll., 2014) mais que pour les deux sexes le niveau de détresse était « sévère » dans 91 % des cas. Il semble que les obsessions homosexuelles seraient plus dérangeantes que les autres types d'obsessions parce que les individus passeraient plus de temps à obséder, qu'elles interféreraient davantage avec le fonctionnement et causeraient plus d'angoisse (Williams et Farris, 2011). Ce même groupe d'auteurs décrivent différentes angoisses liées aux obsessions homosexuelles : la crainte d'un changement de son orientation sexuelle, la peur d'avoir des désirs pour les personnes du même sexe, l'inquiétude par rapport à leurs désirs hétérosexuels, la croyance que l'homosexualité est immorale, le désir d'éviter le jugement des autres et la honte (Williams et coll., 2014).

Il n'y a pas d'études publiées par d'autres groupes de recherche sur le sujet. Une autre source d'information clinique vient d'un blog du centre des TOC de Los Angeles (2010). On y décrit, de façon anecdotique, différents sous-types de TOC sur l'orientation sexuelle, dont le TOC « tout ou rien » - où une idée vaguement homosexuelle surgit dans l'esprit sans aucun homoérotisme antérieur et cette idée est prise comme preuve d'une homosexualité latente; le TOC « relationnel » où l'on utilise un échec ou une série d'échecs amoureux comme raison de remettre en question son orientation; le TOC « expérientiel » où une

expérimentation antérieure avec le même sexe est prise comme preuve d'une orientation homosexuelle; le TOC « auto-dérisoire » où l'individu se répète qu'il est gai, mais l'étiquette fait davantage office d'insulte que de référence à sa sexualité.

Peu d'études permettent de décrire les traitements propres aux obsessions homosexuelles. Une étude de cas par Williams, Crozier et Powers (2011) décrit un homme hétérosexuellement marié qui, dans la cinquantaine, présente une peur obsessionnelle de devenir gai. Ils y discutent d'un échec pharmacothérapeutique et de son traitement éventuel avec l'exposition et la prévention du rituel.

Le présent article vise à contribuer à la connaissance du TOC homosexuel en décrivant cette présentation particulière du trouble obsessionnel compulsif où l'obsession principale est un doute de son orientation sexuelle, et ce, afin d'outiller les cliniciens pour distinguer cette maladie mentale de l'évolution normale d'un questionnement identitaire. Ce diagnostic différentiel est crucial puisque la démarche thérapeutique en dépendra.

Méthodes

Le COSUM, fondé en 1999, est un service de consultations externes de psychiatrie qui offre des services tertiaires pour des problématiques entourant l'orientation ou l'identité sexuelle. Pour une plus ample description des services, voir l'article intitulé « Les minorités sexuelles: concepts, prémisses et structure d'une approche clinique adaptée » présenté dans ce numéro. Ainsi, les patients sont adressés par d'autres psychiatres ou médecins de famille pour un questionnement ou une difficulté à accepter une sexualité minoritaire. Depuis 2011, une base de données permet de retracer les diagnostics de tous les patients évalués. Ainsi, sur 283 cas répertoriés entre septembre 2011 et septembre 2014, il y a eu 6 diagnostics de TOC. Chez un patient, des obsessions de contamination au VIH apparaissent dans le contexte d'un réel homoérotisme. Chez un autre patient homosexuel, les obsessions remettent en doute une identité gaie déjà bien établie. Les quatre derniers cas, où le problème principal est un doute obsessionnel « suis-je gai? », sont présentés *infra*.

Résultats

Alexandre

Ce briqueteur de 21 ans se présente à la clinique remettant en question son orientation sexuelle. C'est un jeune homme plutôt timide qui n'a jamais eu de blonde, outre une petite amie en 5^e année du primaire. Il n'a aucune expérience sexuelle avec autrui mais se masturbe régulièrement en regardant de la pornographie hétérosexuelle. Plusieurs filles dans son club de natation l'intéressent mais il est trop timide pour les aborder. Il y a trois ans, il était dans un camion avec un copain, et alors qu'ils se confiaient leurs difficultés respectives avec des filles, son copain lui aurait demandé s'il était gai. Le simple fait que quelqu'un d'autre le questionne sur sa sexualité – et par extension, dans sa tête, sur sa masculinité – a déclenché une panique chez lui. Il s'est demandé si cela se pouvait. Il a essayé de visionner de la pornographie gaie mais ceci l'a dégoûté. Il s'est mis à se questionner sur toutes ses amitiés afin de savoir s'il avait le béguin pour un de ses amis. Malgré l'absence totale d'homoérotisme, la question « suis-je gai ? » ne lui sort plus de la tête depuis ce moment. Il se sent envahi. Il surveille ses réactions physiologiques en regardant les gars comme les filles de son entourage ; ce qui a eu pour effet d'augmenter son niveau d'anxiété et de le rendre encore moins apte à parler aux filles qui l'intéressent. L'anxiété atteint son paroxysme lorsqu'il a des difficultés à éjaculer en regardant de la pornographie hétérosexuelle. Il interprète ceci comme un indice « d'une homosexualité refoulée ». Il se sent à la fois rebuté par l'homosexualité et incapable de la laisser de côté.

Daniel

Cet architecte de 30 ans vient à la clinique parce qu'il se plaint d'avoir « des pensées qui me disent que je suis gai ». Il raconte qu'à l'âge de 18 ans, il se rappelle avoir trouvé un acteur à la télévision attirant. Depuis lors, il s'est mis à remettre en question son orientation sexuelle. Il décrit ce questionnement comme étant irrationnel : il a un érotisme clair envers les femmes et a eu des expériences sexuelles totalement satisfaisantes avec celles-ci. Il a eu deux relations amoureuses de quelques années chacune avec des femmes. Il a mis fin à ces deux relations à cause de son dilemme : « Si je suis gai, je ne devrais pas entretenir ces relations. » Il a tenté de « se forcer à être gai » en consommant de la pornographie homosexuelle et en expérimentant la masturbation anale. Ces activités ne l'excitent guère. Malgré toutes

ces expériences, la question « suis-je gai ? » persiste et s'intensifie. Au moment de consulter, ces idées l'accaparent toute la journée, rendent la concentration difficile, coupent son appétit et font en sorte qu'il refuse des invitations à socialiser. Il explique qu'il a peur qu'on remarque son anxiété et qu'on lui demande de s'expliquer. Il a très honte de son questionnement et ne veut pas avoir à le dévoiler. Son passé ne révèle aucune autre obsession ou compulsion, outre une inquiétude exagérée dans la jeune enfance d'attraper une maladie lorsqu'un membre de la famille était malade.

Jason

Ce jeune homme de 24 ans vit avec ses parents et est travailleur saisonnier. Il consulte pour des idées récurrentes et intrusives indiquant qu'il est gai. Pour lui, ces idées sont catastrophiques : le fait d'être gai est horrible même s'il dit ne pas avoir de problèmes avec le fait que d'autres personnes le sont. Le patient avoue un érotisme important envers les femmes : il a eu des attirances physiques, quelques expériences sexuelles et relations romantiques satisfaisantes avec les femmes. Il n'a jamais eu d'expérience avec un homme. Par ailleurs, il dit trouver les hommes beaux et se sent émotivement plus proche d'eux, ses meilleurs amis sont masculins et il prend ceci comme une preuve d'une homosexualité latente. Il préfère la pornographie hétérosexuelle à l'homosexuelle. Il considère le fait de se questionner à répétition comme étant le signe d'une homosexualité refoulée. Il a donc affirmé son orientation sexuelle à sa famille. Son père lui dit qu'il l'aime, quelle que soit son orientation. Ses frères et sœurs ont été surpris parce qu'ils ne le perçoivent pas comme gai. Sa mère lui a dit qu'elle pensait qu'il se trompait et qu'elle l'aimerait quelle que soit l'issue de son questionnement.

Simon

Ce jeune homme de 24 ans, étudiant en médecine, se présente à la clinique avec sa blonde qu'il fréquente depuis 10 mois. Il se plaint d'un questionnement récurrent « suis-je gai ? ». Il décrit la relation avec sa blonde comme satisfaisante, tant sur le plan de l'intimité émotive que sexuelle. Sa blonde corrobore que la relation va bien et ne s'inquiète pas de l'érotisme de son copain. Cependant, Simon se questionne à savoir s'il a « assez de plaisir ». C'est sa première relation sexuelle et il n'a donc aucun point de comparaison, outre ce qu'il voit à la télévision. Depuis le début de la relation, il a des idées indiquant qu'il serait

davantage attiré par des hommes. Périodiquement, il se met à regarder les hommes pour vérifier son attirance envers eux. Heureusement, il a su distinguer le sentiment qu'il éprouvait (une anxiété accrue) de l'attirance et a réussi à cesser cette vérification au bout de quelques semaines. Par contre, à chaque moment où il se sent un peu stressé ou qu'il est fatigué, cette préoccupation revient. Par ailleurs, en faisant la revue des antécédents, monsieur raconte une période à la fin de l'adolescence où il craignait de devenir fou. Cette idée obsédante a persisté pendant 18 mois, répondant finalement à une thérapie cognitive après avoir persisté malgré un traitement par ISRS.

Discussion

Le diagnostic d'un TOC

Tous ces cas illustrent le désarroi qui peut accompagner un questionnement sur l'identité. De plus, dans les quatre cas, le questionnaire identitaire semble indépendant de la présence ou de la prépondérance d'un érotisme envers le sexe opposé. En effet, malgré un hétéroérotisme prédominant ou même exclusif, la question « suis-je gai ? » se fait envahissante. Il faut comprendre que le doute représente une obsession. Celle-ci n'est pas raisonnable : elle ne répond pas à la raison. Elle est plutôt le symptôme d'un TOC. La reconnaissance d'une obsession doit déclencher la recherche de compulsions qui sont plus difficiles à identifier parce qu'elles sont davantage mentales que comportementales. Par exemple, s'exposer à une pornographie homosexuelle peut être compris comme une compulsion comportementale, mais mesurer son niveau d'excitation sexuelle lorsqu'exposé à cette pornographie serait davantage de l'ordre de la compulsion mentale. On peut distinguer les obsessions des compulsions mentales puisque les obsessions augmentent l'anxiété et les compulsions sont une réponse pour la diminuer.

Dans la documentation scientifique, on décrit principalement des compulsions mentales de deux ordres : 1) chercher à se faire rassurer sur son hétérosexualité ; et 2) vérifier ses réactions physiologiques pour déceler un érotisme. On décrit aussi l'évitement comme étant une autre manœuvre pour réduire l'anxiété (Williams, Slimowicz, Tellawi et Wetterneck, 2014).

Les cas décrits ici n'ont pas présenté la compulsion de se faire rassurer par son entourage mais l'évitement et le monitoring des réactions physiologiques sont présents. En effet, Alexandre évite les filles, Daniel

esquive les sorties avec ses amis et met fin aux relations amoureuses avec les filles, et les quatre hommes ont recours à diverses techniques pour évaluer leurs réactions physiologiques. Alexandre, Daniel et Jason ont eu recours à la pornographie pour tester leur niveau d'excitation sexuelle, et les quatre se sont mis à surveiller leurs réactions face aux gars et aux filles qu'ils ont rencontrés.

De plus, ces vignettes illustrent aussi un autre type de compulsion mentale : maintenir un débat continu en tentant de déceler des « preuves » d'un homoérotisme inavoué et chercher à prouver hors de tout doute son orientation sexuelle par raisonnement intellectuel. Effectivement, on ne peut pas conclure de façon rationnelle ce qui est de l'ordre de l'émotif. Ce serait comme tenter de démontrer par raisonnement logique que quelqu'un aime la vanille. On peut le supposer selon ses comportements ou ses dires mais on ne pourra jamais prouver la qualité de son expérience sensorielle ou de l'émotion qui l'accompagne. Le danger avec la compulsion du débat éternel, c'est que le patient pourrait entraîner un thérapeute dans sa compulsion en lui posant toutes sortes de questions sur la sexualité. Le thérapeute pourrait être tenté d'offrir de l'éducation sexuelle pour réduire l'anxiété mais ceci équivaut à devenir complice de la compulsion.

Penzel (2012) décrit différentes façons de monitorer ses réactions physiologiques telles que regarder à répétition des images de femmes et d'hommes séduisants pour vérifier l'attraction envers ceux-ci, s'imaginer dans divers scénarios sexuels et noter sa réaction, se masturber ou avoir des relations sexuelles pour vérifier son excitation et avoir pour ces fins recours à des prostitués. Le débat éternel peut être entretenu en revoyant ses interactions passées avec des hommes et des femmes pour déceler si on a eu l'air gai, en lisant de façon répétée des articles sur la sortie du placard des personnes gaies pour y chercher une ressemblance ou une différence avec ce que l'on vit, en lisant et relisant des articles sur la façon d'identifier son orientation sexuelle. Il décrit en outre des mécanismes pour chercher à être rassuré : questionner son entourage de façon compulsive : « Pensez-vous que je pourrais être gai ? Est-ce que j'ai l'air gai ? Vous ai-je touché de façon sexuelle ?... »

Dans notre série de cas, certaines caractéristiques émergent : tous sont des jeunes hommes ayant relativement peu d'expériences sexuelles. Souvent, on retrouve dans leur passé d'autres idées obsédantes et/ou une certaine phobie sociale. En comparaison, la clientèle de notre

clinique est composée d'environ 40 % de femmes, l'âge des patients varie de 10 à 70 ans, et leur niveau d'expérience sexuelle est variable.

L'âge habituel de l'apparition des symptômes du TOC est de 19,5 ans (APA, 2013) ce qui correspond à l'âge où les jeunes consolident leur identité sexuelle, soit 19,7 ans (Groß *et al.*, 2006). Ainsi, il y a risque de confusion. Si le trouble obsessionnel compulsif n'est pas décelé, le thérapeute pourrait considérer les obsessions comme une sexualité refoulée et encourager le patient à accepter cette sexualité. Cette approche ne fera qu'aggraver l'anxiété.

Certains indices permettent de distinguer les obsessions sexuelles d'un TOC d'un véritable processus de questionnement identitaire. Chez une personne qui a une attirance pour le même sexe, il y a une progression de prise de conscience et d'acceptation au fil du temps. Pendant cette progression, l'homophobie s'estompera tranquillement. Chez les patients présentant un TOC, cette progression n'aura pas lieu et le niveau d'homophobie sera faible relativement à la détresse qu'engendre l'idée d'être gai. L'obsession vient menacer l'intégrité de l'identité : c'est cette menace, bien plus que celle d'appartenir à une minorité, qui provoque la détresse. Une personne attirée par le même sexe le sait mais se taira par honte tandis que le patient avec un TOC demeurera toujours incertain de son attirance et voudra en parler profusément afin d'arriver à mettre fin au doute. Devant une expérience ou une imagerie homosexuelle, le patient TOC sera anxieux et souvent dégoûté tandis que la personne avec un homoérotisme sera excitée mais pourra aussitôt vivre de la honte.

Le traitement du TOC homosexuel

Plusieurs approches complémentaires peuvent être utilisées pour traiter le TOC : la psychoéducation, la thérapie cognitivo-comportementale (Nice, 2005), la thérapie basée sur la pleine conscience (Hamilton, 2008) ainsi que la pharmacologie (Nice, 2005). Le but n'est pas de faire une recension des avenues thérapeutiques du TOC mais de souligner les approches spécifiques lorsque les obsessions sont de l'ordre du questionnement de l'orientation sexuelle. C'est d'autant plus important puisque l'on considère que le TOC homosexuel prend plus de temps à traiter (Grant *et al.*, 2006) et que la réponse au traitement serait moins complète (Rufer *et coll.*, 2006).

De façon générale, la psychothérapie visera quatre objectifs : 1) éduquer sur le TOC ; 2) identifier les processus mentaux qui maintiennent le TOC ; 3) dédramatiser les pensées homosexuelles pour réduire

l'importance qu'on leur accorde; et 4) faire l'exposition et la prévention de rituels.

L'éducation sur le TOC comprendra l'explication de ce que sont l'obsession, la compulsion et l'évitement et comment les trois sont interdépendants. On expliquera que chaque fois qu'on utilise une compulsion pour réduire l'anxiété induite par l'obsession, on renforce l'idée que l'obsession est dangereuse et a besoin d'être évitée ou encore contrecarrée par la compulsion. On décrira les diverses distorsions cognitives qui peuvent être à la base du TOC. Par exemple, la fusion de l'action et la pensée fait en sorte que l'idée d'avoir des relations sexuelles avec un partenaire de même sexe équivaut dans sa psyché à le faire réellement. Ainsi, on peut avoir le même niveau de honte ou de dégoût. On peut aussi être amené à croire que si l'idée vient, l'action suivra certainement. En fait, dans le TOC homosexuel, comme dans les autres TOC d'ailleurs, ce n'est pas le fait d'avoir une idée qui est le problème mais bien l'interprétation et l'importance qu'on lui confère.

En effet, dans la population générale, des idées sexuelles ego-dystones sont fréquentes. Dans une étude menée sur des étudiants universitaires, 84 % rapportaient des idées sexuelles intrusives (Byers, Purdon et Clark, 1998). Plus spécifiquement, 19 % des hommes et 25 % des femmes rapportaient avoir eu l'idée intrusive d'avoir des relations sexuelles contre leur préférence sexuelle. Dans une étude similaire, 43 % des femmes et 50 % des hommes ayant eu l'idée d'avoir des relations sexuelles contraires à leur orientation ont décrit ces cognitions comme négatives, alors que 37 % des femmes et 20 % des hommes les ont décrites comme positives (Renaud et Byers, 1999). Cela démontre la fréquence de ces idées et peut servir à étayer leur innocuité.

Une façon de s'attaquer à la fusion entre la pensée et l'action est d'éduquer sur les dimensions de la sexualité. L'orientation sexuelle comporte plusieurs dimensions: l'attirance sexuelle, l'attirance émotive, le comportement et l'identité, et il n'y a pas nécessairement une concordance entre ces dimensions (Igartua *et al.*, 2009). Par exemple, il est possible d'avoir des attirances émotives pour les femmes et des attirances sexuelles pour les hommes. Aussi, tout comme une attirance n'implique pas nécessairement un comportement, un comportement ou une attirance ne définit pas une identité et il est donc possible de s'identifier comme hétérosexuel et avoir à l'occasion des pulsions sexuelles pour les personnes du même sexe.

En poussant plus loin la réflexion, on peut aussi défaire la binarité rigide sur chacune de ces dimensions. Le fait d'être attiré vers un sexe

est une caractéristique différente et indépendante de l'attirance envers l'autre sexe. Par exemple, un homme attiré par les femmes peut avoir également 1) aucune, 2) une petite ou 3) une grande attirance pour les hommes. L'attirance pour les femmes n'est pas l'inverse de l'attirance pour les hommes. L'homosexualité a comme prérequis une attirance pour le même sexe et non pas un manque d'attirance ou de plaisir avec le sexe opposé.

De plus, comme l'attirance pour un sexe est indépendante de l'attirance pour l'autre sexe, il est tout à fait possible, et même relativement fréquent, qu'un être avec un hétéroérotisme prédominant puisse avoir aussi des pulsions homoérotiques. S'il y a une homophobie importante, ces pulsions pourront déranger puisque l'individu s'imputera de tous les attributs négatifs qu'il associe à l'homosexualité. Déconstruire tous ces préjugés dédramatisera ces pensées. Réduire l'homophobie, c'est réduire une partie de la catastrophe reliée à l'idée obsédante lorsque celle-ci arrive dans le contexte d'un certain homoérotisme.

Lorsqu'il n'y a aucun homoérotisme, la catastrophe vient davantage d'une menace à l'identité. Chez une personne avec une identité hétérosexuelle solide sans TOC, les pensées homosexuelles seront passagères et peu d'importance leur sera accordée. Il est donc utile d'éduquer sur l'importance exagérée accordée à des idées qui devraient être transitoires. Ce n'est pas parce que quelqu'un a eu une idée, une attirance, un questionnement ou un fantasme homosexuel que cela nie son hétérosexualité.

Une fois le diagnostic de TOC posé et l'inventaire érotique fait, il faut éviter d'entrer avec l'individu dans un débat ou une investigation sur sa sexualité parce que cela équivaut à participer à ses compulsions mentales et ne fait que renforcer l'importance du doute obsessionnel. Il est plus thérapeutique d'amener l'individu à tolérer le doute et à diminuer l'importance de se coller une étiquette sexuelle. L'étiquette n'est pas nécessaire pour dicter son avenir, elle n'est pas un critère dans les décisions réelles. Au fond, c'est toujours dans l'hypothétique que le questionnement vient. Dans les circonstances réelles, les émotions guideront: « Si j'aime cette personne et que je la désire sexuellement, c'est ça qui compte et non l'étiquette que je pourrais me coller. »

Afin de réduire l'anxiété reliée à l'homosexualité, Williams et ses collaborateurs prônent une exposition graduée à l'homosexualité, en imagination et *in vivo* (Williams, Crozier et Powers, 2011). L'important, et le plus difficile, est que le patient prenne conscience de ses compulsions mentales et s'empêche de les avoir lors de l'exposition. Ainsi,

l'individu devient éventuellement capable d'entrer en contact avec des personnes du même sexe sans monitorer ses réactions physiologiques, et apte à côtoyer des personnes homosexuelles sans se comparer à elles. Au fur et à mesure que l'exposition progresse, et qu'elle est découplée des compulsions, l'individu apprendra l'innocuité des idées sur la sexualité qui deviendront moins obsédantes.

Conclusion

Cet article conscientise les cliniciens à l'existence du TOC homosexuel et met en lumière les différences entre sa présentation clinique et celle du cheminement normal d'un individu qui développe une identité de sexualité minoritaire. Notamment, les patients présentant un TOC homosexuel n'ont peu ou pas d'érotisme envers le même sexe, ils ont généralement peu d'expériences romantiques et sexuelles, ils maintiennent un monitoring constant de leurs réactions physiologiques, et entretiennent dans leur tête et avec qui veut bien y participer un débat continu sur leur sexualité. Ils accordent trop d'importance à des idées qui pourraient n'être que passagères. Ils pourront s'isoler, évitant les personnes de leur sexe, craignant d'être attirés, et évitant les personnes du sexe opposé, appréhendant de ne pas sentir d'attirance. Ils tenteront des expériences homosexuelles et celles-ci les dégoûteront. Leur niveau d'inconfort avec les idées homosexuelles sera hors de proportion avec leur niveau d'homophobie. L'article présente aussi quelques pistes thérapeutiques, dont l'éducation sur le TOC et sur la sexualité.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Byers, S., Purdon, C., Clark, D. (1998) Sexual intrusive thoughts of college students. *Journal of sex research*, 35(4): 359-369.
- Cass, V.C. (1979). Homosexual identity formation. *Journal of Homosexuality*, 4, 219-235.
- Coleman, E. (1982). Developmental stages of the coming out process. *Journal of Homosexuality*, 7, 31-43.
- Fairfax, H. (2008). The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: Suggestions for its application and integration in existing treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15, 53-59. doi: 10.1002/cpp.557
- Floyd F.J. & Bakeman, R. (2006). Coming out across the life course: implication of age and historical context. *Archives of Sexual Behaviour*, 35, 287-296.

- Foa, E., Kozak, M., Goodman, J., Hollander, R., Jenike, M., & Rasmussen, S. (1995). DSM-IV Field trial: Obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 90-94.
- Glazier, K., Calixte, R., Rothchild, R. (2013). High Rates of OCD symptom misidentification by mental health professionals. *Annals of clinical Psychiatry*, 25(3), 201-209.
- Goodman W.K, Price L.H, Rasmussen S.A., et al. (1989) The Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 1006–1011.
- Grant, J.E., Pinto, A., Gunnip, M., Mancebo M.C., Eisen, J.L & Rasmussen, S.A. (2006). Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 325-329.
- Grov, C., Bimbi, D.S., Nanin J.E., & Parsons J.T. (2006). Race, ethnicity, gender and generational factors associated with the coming out process among gay, lesbian and bisexual individuals, *Journal of Sex Research*, 41, 115-121.
- Igartua, K., Thombs, B.D., Burgos, G. & Montoro, R. (2009). Concordance and discrepancy in sexual identity, attraction, and behaviour among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45, 602-608.
- Kennedy, D. A. & Oswalt, S. B. (2014). Is Cass's model of homosexual identity formation relevant to today's society? *American Journal of Sexuality Education*, 9, 229-246.
- National Institute for Health and Care Excellence. NICE guidelines [CG31]. Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. November 2005. www.nice.org.uk/cg31
- Penzel, F. (2012). How do I know I am not really gay? *International OCD Foundation* Retrieved from <http://iocdf.org/expert-opinions/homosexual-obsessions/> (last visited September 1st 2015)
- Ocd center of Los Angeles (2010). Gay OCD/HOCD treatment. Retrieved from <http://www.ocdla.com/blog/sexual-orientation-hocd-gay-ocd-treatment-2-1042> (last visited September 1st 2015)
- Okasha, A., Saad, A., Khalil, A. H., Dawla, A. S. E., & Yehia, N. (1994). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study. *Comprehensive Psychiatry*, 35(3), 191-197.
- Rasmussen, S., & Tsuang, M. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322.
- Renaud, C., Byers, E.S. (1999) Exploring the frequency, diversity and content of university students' positive and negative sexual cognitions. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 8(1): 17-30.
- Rufer, M., Fricke, S., Moritz, S., Kloss, M., Hand, I. (2006) Symptom dimensions in obsessive compulsive disorder: prediction of cognitive behavior therapy outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 440-446.

- Ruscio, A.M., Stein D.J., Chiu, W.T. & Kessler, R.C. (2010). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63.
- Sanavio, E. (1988) Obsessions and compulsions: The Padua inventory, *Behaviour Research and Therapy*, 26(2): 169-177.
- Troiden, R.R. (1989). The formation of homosexual identities. *Journal of Homosexuality*, 17, 43-73.
- Williams, M., Crozier, M., Powers, M. (2011). Treatment of sexual orientation obsessions in Obsessive compulsive Disorder using Exposure and Ritual Prevention. *Clinical Case Studies*, 10(1): 52-66.
- Williams, M., Farris, S. (2011) Sexual obsessions in obsessive-compulsive disorder: prevalence and correlates. *Psychiatry Research*, 187, 156-159.
- Williams, M., Slimowicz, J., Tellawi, G., Wetterneck, C. (2014) Sexual Orientation Symptoms in Obsessive Compulsive Disorder: Assessment and treatment with Cognitive Behaviour Therapy. *Directions in Psychiatry*, 34(1): 37-54.
- Williams, M., Wetterneck, C., Tellawi, G., Duque, G. (2014). Domains of distress among people with sexual orientation obsessions. *Archives of Sexual Behaviour*. Publié en ligne 23 octobre 2014.
- Williams M. (2008). Homosexual anxiety: a misunderstood form of OCD dans L.V. Sebeki (dir), *Leading-Edge Health Education Issues*, (p.195-205), Nova Science publishers. Retrieved from <http://www.ocdla.com/blog/sexual-orientation-hocd-gay-ocd-treatment-2-1042>

Discrimination des minorités sexuelles et de genre au travail : quelles implications pour la santé mentale ?

Marie Geoffroy^a

Line Chamberland^b

RÉSUMÉ Malgré les avancées législatives en matière d'égalité au travail pour les minorités sexuelles et de genre (MSG), les données disponibles permettent de constater la persistance des discriminations en milieu de travail envers les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles, et surtout, envers les personnes transsexuelles/transgenres. Cet article, basé sur une revue de la littérature, explore les liens entre les différents vécus de discrimination en milieu de travail et leurs impacts sur la santé mentale chez les MSG et chez différentes sous-populations : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, femmes non hétérosexuelles, parents lesbiennes et gais, et personnes trans. De plus, l'article explore certains facteurs de protection et de risque individuels et systémiques qui interviennent dans cette relation, entre autres le dévoilement de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre et le soutien organisationnel. Finalement, la littérature sur la discrimination en milieu de travail et la santé mentale des MSG met en lumière l'importance, dans le contexte actuel, des approches intersectionnelles et des études sur les micro-agressions. Pour terminer, l'article discute les implications pour les milieux de pratique, de recherche et de travail tout en formulant plusieurs recommandations.

-
- a. B. Sc. Psychologie, candidate à la maîtrise en sexologie, Université du Québec à Montréal (UQAM).
 - b. Ph. D., professeure, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal (UQAM) – Titulaire de la Chaire de recherche sur l'homophobie.

MOTS CLÉS homosexualité, gais, lesbiennes, bisexualité, personnes trans, orientation sexuelle, identité de genre, santé mentale, travail, employé, discrimination, micro-agressions, *coming out*

Mental health implications of workplace discrimination against sexual and gender minorities: A literature review

ABSTRACT Despite legislative advances in terms of workplace equality for sexual and gender minorities (SGM), available data ascertains the persistence of workplace discrimination of lesbian, gay, bisexual, and especially of transgender/transsexual employees. This article, based on an extensive literature review, explores the relationship between different types of workplace discrimination experiences and their impacts on the mental health of SGM and of different sub-populations: men who have sex with men, non-heterosexual women, lesbian and gay parents, and trans people. Furthermore, the article explores certain individual and systemic protection and risk factors that have an impact on this relationship, such as coming-out at work and organisational support. Finally, the existing literature on workplace discrimination and mental health of sexual and gender minorities highlights the importance, in the current legal and social context, of intersectional approaches and of research on homo- and trans-negative microaggressions. The article ends with a discussion on the implications for practice, research, and workplace settings, as well as with several recommendations for these settings.

KEYWORDS homosexuality, gay, lesbian, bisexual, trans people, gender identity, sexual orientation, mental health, workplace, employee, discrimination, microaggressions, coming out

1. Introduction

Cet article explore les liens entre la santé mentale des minorités sexuelles et de genre et les discriminations qu'elles peuvent vivre dans le domaine du travail. L'expression « minorités sexuelles et de genre » (MSG) réfère aux personnes minorisées en raison de corps ou d'apparences corporelles, d'orientations sexuelles, d'identités ou d'expressions de genre non conformes aux normes culturelles sur la sexualité et le genre, et donc exposées à la stigmatisation et aux discriminations (Chamberland et Saewyc, 2011 ; Fassinger et Arseneau, 2007). Elle désigne couramment les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transsexuelles/transgenres (LGBT). Au Canada comme aux États-Unis, la santé mentale des personnes LGBT semble être moins bonne que celles des personnes hétérosexuelles selon plusieurs études population-

nelles (Chamberland, Beaulieu-Prévost, Julien, N'Bourké et de Pierrepont, 2011 ; Rotondi, Bauer, Scanlon *et al.*, 2011 ; Rotondi, Bauer, Travers *et al.*, 2011 ; Tjepkema, 2008). Or, de plus en plus de recherches lient l'état de la santé mentale des MSG à leurs expériences de discrimination (Burgess, Lee, Tran et van Ryn, 2007 ; Chae *et al.*, 2010 ; Eaton, 2014 ; Frost et LeBlanc, 2014 ; Morrison, 2011 ; Woodford, Han, Craig, Lim et Matney, 2014). Par ailleurs, diverses études se sont penchées sur l'existence de telles discriminations dans la sphère du travail, parmi lesquelles certaines en examinent les conséquences sur la santé mentale.

Après un bref survol des avancées législatives et sociales en matière d'égalité au travail pour les MSG au Canada et aux États-Unis, cet article présente successivement des données sur la discrimination et les autres expériences négatives vécues par les personnes LGBT en milieu de travail, puis des études examinant les effets des expériences de discrimination sur la santé mentale en général. Les sections suivantes se penchent sur des recherches reliant discrimination au travail et santé mentale au sein des sous-groupes faisant partie des MSG, ainsi que sur l'examen d'autres facteurs qui auraient aussi des effets sur la santé mentale au travail, tels que le *coming out*, les interactions sociales, le locus de contrôle et les micro-agressions. L'article se clôt par quelques recommandations s'adressant aux milieux de pratique en santé, au travail et en recherche.

2. La conquête de l'égalité au travail au Canada et aux États-Unis

Les revendications pour l'égalité au travail participent à la montée en visibilité des MSG en Amérique du Nord depuis le début des années 1990 (Colvin, 2007 ; Hunt et Rayside, 2007 ; Hurley, 2007 ; Raeburn, 2004). Prenant appui sur le concept légal de discrimination, ces revendications visent à mettre fin aux traitements différentiels (harcèlement, perte d'emploi, accès inégal à l'embauche et aux promotions, aux bénéfices rattachés à un emploi, etc.) qui découlent des attitudes négatives envers les MSG et de l'organisation hétérosexiste du monde du travail qui privilégie systématiquement le modèle dominant de l'hétérosexualité aux dépens des individus qui s'en écartent ou le transgressent (Creed, 2006 ; King et Cortina, 2010).

La conquête de l'égalité au travail pour les MSG est un processus complexe et multidimensionnel, qui progresse à des rythmes différents selon les pays et les régions. Au Canada, plusieurs protections législa-

tives garantissent une égalité de principe aux échelles fédérale et provinciale. Ainsi, la Loi canadienne sur les droits de la personne de même que la totalité des chartes provinciales des droits de la personne ont progressivement interdit la discrimination en raison de l'orientation sexuelle, notamment en emploi (Canada, 2012; Warner, 2002). En ce qui concerne la discrimination en raison de l'identité ou de l'expression de genre, elle est prohibée de manière explicite dans six provinces ainsi que dans les Territoires du Nord-Ouest et, pour le Québec, sur la base de jurisprudences (Trans Equality Society of Alberta, 2015). Le projet de loi C-279, qui ajouterait l'identité de genre comme motif illicite de discrimination à la Loi canadienne sur les droits de la personne, a été adopté par le Parlement canadien en 2013 et est depuis en attente d'être approuvé par le Sénat (Parlement du Canada, 2011).

Aux États-Unis, d'où proviennent la plupart des études présentées dans cet article, 22 États prohibent la discrimination en raison de l'orientation sexuelle, parmi lesquels 19 l'interdisent également sur la base de l'identité de genre. Le projet de loi *Employment Non-Discrimination Act* (ENDA) adopté par le Sénat américain en 2013, qui étendrait ces interdictions à l'ensemble du territoire, attend toujours le vote de la Chambre des représentants (Congress.gov, 2014; Human Rights Campaign, 2014a). Toutefois, le président Obama a introduit des mesures similaires en 2014 pour les employés du gouvernement fédéral et les entreprises qui contractent avec celui-ci (Human Rights Campaign, 2014b). Bref, les avancées législatives se réalisent inégalement selon les lieux et les secteurs d'emploi (Human Rights Campaign, 2014a; Mor Barak, 2005).

À l'aide d'une analyse secondaire de données (voir Tableau I), Hatzenbuehler, Keyes et Hasin (2009) démontrent l'importance des lois et politiques qui interdisent la discrimination dans l'emploi ou qui incluent l'orientation sexuelle comme classe protégée contre les crimes haineux aux États-Unis. Les auteurs conceptualisent l'absence de ce type de protection comme de la discrimination institutionnelle. Les résultats de leurs analyses comparatives indiquent qu'il y a une prévalence significativement plus élevée, dans les 12 derniers mois, de multiples désordres psychiatriques (dysthymie, désordres d'anxiété généralisée et de stress post-traumatique) chez les individus LGB habitant des États sans protection légale. De plus, ces derniers ont 4,76 fois plus de chances de présenter des désordres psychiatriques comorbides (voir aussi Hatzenbuehler, McLaughlin, Keyes et Hasin, 2010).

L'égalité au travail progresse également à partir d'initiatives des employeurs, qui prennent souvent la forme de politiques antidiscriminatoires incluant l'orientation sexuelle et l'identité de genre et d'autres pratiques organisationnelles inclusives (p. ex. invitation des partenaires de même sexe aux événements sociaux) (Paludi, 2011, 2012). La présence de telles mesures est associée à une réduction de la discrimination perçue par les employé.e.s LG et à des attitudes plus positives envers le travail (Ragins et Cornwall, 2001). Cependant, la mise en place de ce type d'initiatives par les employeurs privés dépend de plusieurs facteurs, dont les lois de l'État et leur adoption par des compétiteurs (Chuang, Church et Ophir, 2011; Everly et Schwarz, 2014). Parmi les 500 plus grandes entreprises américaines (*Fortune 500*), 89 % incluent l'orientation sexuelle dans leurs politiques antidiscriminatoires et 66 %, l'identité de genre (Fidas et Cooper, 2014). Bien qu'elles y soient présentes, il n'existe aucun portrait des initiatives corporatives au Canada.

3. Les discriminations vécues au travail par les personnes LGBT

Des recherches ont documenté la présence de plusieurs types de discriminations vécues au travail par les personnes LGBT. Il est à noter que différentes études se penchent sur différentes formes de discrimination, en fonction de l'objet et de la population à l'étude. Selon la plus récente étude canadienne, 33 % des participant.e.s, (tous des employé.e.s de minorités sexuelles habitant dans l'ensemble du Canada) ont été témoins de discrimination sur la base de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre en milieu de travail, et 29 % ont eux-mêmes vécu de la discrimination en milieu de travail (Sasso et Ellard-Gray, 2015). Parmi les employé.e.s LGBT ayant vécu ou observé de la discrimination, 90 % rapportaient que l'occurrence de la discrimination était de plus d'une fois par mois. Cette étude comporte deux limites majeures : tout d'abord, elle ne définit pas le terme de discrimination ; conséquemment, il est impossible de savoir quel type de comportement, d'incident, d'attitude est considéré comme de la discrimination. De plus, la discrimination sur la base de l'identité de genre et celle sur la base de l'orientation sexuelle sont incluses sous le même parapluie. Bien que l'on pourrait soutenir que la discrimination basée sur ces motifs provient d'une même vision binaire et hétéronormative, il demeure que ce sont deux motifs distincts et ciblant différentes personnes. Par ailleurs, au Québec, 9,9 % des participant.e.s à une enquête menée en 2004-2005 déclaraient avoir été victimes de discrimination, 9,2 % de violence

psychologique, 7,7 % de harcèlement et 1 % de violence physique, et ce, au cours des cinq années précédentes (Chamberland, 2007). Les participants rapportaient également, dans des proportions variables, des expériences négatives de toutes sortes, allant des blagues homophobes (79,7 % en ont été témoins et 30 % la cible directe au moins une fois) au maintien d'une attitude distante ou de rejet (29,6 % témoins, 27,9 % la cible). Finalement, les données de Statistique Canada en 2004 permettent de conclure que le milieu de travail est l'endroit où les adultes LGB vivaient le plus de discrimination; 44 % des employé.e.s lesbiennes et gais et 41 % des employé.e.s bisexuel.le.s y ont vécu une forme de discrimination (Beauchamp, 2008). Les collectes de données de deux de ces trois études ont été réalisées il y a plus de 10 ans et le contexte social québécois a changé depuis. En ce qui concerne la situation aux États-Unis, 42 % des personnes LGB auraient vécu de la discrimination au travail au cours de leur vie et 27 % au cours des cinq dernières années (Sears et Mallory, 2011).

Les chiffres provenant d'enquêtes européennes sur la discrimination des employé.e.s LGB attestent eux aussi l'existence de discrimination et d'autres formes de stigmatisation au travail. En France, où le Code du travail fait de l'orientation sexuelle l'un des douze motifs de discrimination prohibés par la loi depuis 2001, l'enquête de Falcoz (2008) révèle que 85 % des 1 413 participant.e.s LG ont au moins une fois ressenti une homophobie implicite (indifférence, rejet, rumeur, dénigrement, harcèlement), sans mention explicite de l'orientation sexuelle, et 40 % ont été au moins une fois victimes d'incidents (blagues, insultes, dégradation, violence physique, menaces d'*outing* [(divulgaration non voulue de l'orientation sexuelle par une tierce partie), chantage ou licenciement) avec mention explicite de l'orientation sexuelle. Finalement, 40 % des répondant.e.s ont eu à essuyer des remarques hétérosexistes au moins une fois dans leur entreprise actuelle sur leur tenue vestimentaire, 32 % sur leurs coiffure/accessoires, 26 % sur leurs gestes et attitudes corporelles et 18 % sur leur voix. Plus récemment, en Suisse, l'enquête de Parini (2016, à paraître) décèle que 70 % des répondant.e.s LGB ont été témoins de discriminations indirectes (blague, stéréotype ou préjugé sur les homosexuel.le.s) au travail durant les trois dernières années. En ce qui concerne la discrimination directe, 44 % des répondant.e.s ont vécu de la stigmatisation verbale, 30 % du harcèlement sexuel et moral, 27 % des mises à l'écart de projets intéressants, de l'équipe de travail et d'événements sociaux informels et 22 % ont subi un *outing*. Une autre enquête récente qui comprend une majorité de répondant.e.s

TABLEAU I

Détails sur les enquêtes présentées

Référence	Lieu et Année de collecte	N et Caractéristiques des participants	Échantillonnage	Critères de sélection des répondants LGBT	Mesures/aspects abordés
Bauer <i>et al.</i> 2011	Ontario, 2009-2010	433 Personnes trans 16 ans et plus	Dirigé par les répondants	Auto-identification	Visibilité en emploi ; discrimination en emploi ; obtention de documents officiels ; réactions des collègues
Bauer <i>et al.</i> 2013	Ontario, 2009-2010	433 Personnes trans 16 ans et plus	Dirigé par les répondants	Auto-identification	Comportements suicidaires ; soutien social et des parents ; transphobie ; discrimination au travail, violence et harcèlement ; statut médical de transition
Bauermeister <i>et al.</i> 2014	Région de Detroit, 2012	397 HARSAH cisgenres 18 à 29 ans	De convenance	Comportements sexuels avec partenaires de même sexe	Indicateurs de santé ; discrimination au travail basée sur la sexualité
Beauchamp 2008	Canada, 2004	362 000, dont 5 430 LGB 15 ans et plus	Analyses secondaires de l'Enquête sociale générale sur la victimisation ^a	Auto-identification	Victimisation ; perceptions à l'égard de la discrimination ; crainte de la criminalité ; attitudes envers le système de justice
Bostwick 2012	Michigan et Illinois, 2006-2008	47 Femmes bisexuelles 25 ans et plus	Convenance et boule de neige Analyse des données de la validation du <i>Women's Health and Identity Study</i>	Auto-identification	Stigmatisation ; santé mentale
*Bowring <i>et al.</i> 2009	Ottawa, Vancouver et Montréal	16 Employé.e.s LG	Boule de neige	Auto-identification	<i>Coming out</i> ; intégration de l'identité au travail ; conséquences au travail
Brewster <i>et al.</i> 2012	États-Unis et Canada	263 Employé.e.s trans 18 à 68 ans	De convenance	Auto-identification	Expériences de discrimination au travail ; climat de soutien au travail ; gestion de l'identité au travail ; satisfaction au travail
Burgess <i>et al.</i> 2007	Minnesota, 2002	7 884 dont 442 LGBT	En strates et grappes Analyses secondaires du <i>Survey of the Health of Adults, the Population and the Environment 2003</i>	Auto-identification	Discrimination perçue ; indicateurs de santé mentale ; abus de substances ; besoins en soins de santé
Carter II <i>et al.</i> 2014	États-Unis	165 LGB cisgenres 18 à 82 ans	De convenance	Auto-identification	Hétérosexisme intériorisé ; hétérosexisme en milieu de travail ; locus de contrôle ; détresse psychologique
Chae <i>et al.</i> 2010	Région de Boston, 2003-2004	1 202 dont 178 LGB Travailleurs et travailleuses 25 à 64 ans	De convenance Analyses secondaires du <i>United for Health</i>	Auto-identification Comportements sexuels avec partenaires de même sexe	Prévalence de discrimination basée sur la sexualité, le genre et l'ethnicité ; détresse psychologique

Chamberland 2007	Québec, 2004-2005	Volet quantitatif: 786 Volet qualitatif: 204 Employé.e.s LG 20 ans et plus	De convenance	Auto-identification	Formes de marginalisation, de discrimination et d'exclusion; facteurs qui influent sur la décision d'affirmer ou de dissimuler l'orientation sexuelle; capacité de faire valoir les droits reconnus ainsi que les obstacles, réels ou anticipés, à la mise en application des lois
Closon et al. 2015	Europe et Amérique du Nord 2014-2015	722 employé.e.s LGBT	De convenance Boule de neige	Auto-identification	Divulgence de l'orientation et de l'identité de genre au travail; vécus et ressentis de discrimination individuelle et groupale; perception de la position et de l'engagement de l'entreprise par rapport à la population LGBT; estime de soi; identification au groupe LGBT
Falcoz 2008^a	France 2006	1 413 Salarié.e.s lesbiennes et gais	De convenance Boule de neige		Divulgence de l'orientation sexuelle au travail; expériences de discrimination au travail; stratégies de masque de l'homosexualité; caractéristiques de l'entreprise; soutien et politiques de l'employeur; satisfaction
Goldberg 2013	États-Unis	172 dont 94 femmes et 78 hommes (86 couples) Parents lesbiennes et gais d'enfants de 2 à 4,5 ans	De convenance Sous-échantillon d'une plus large enquête	Couples LG parents ou en processus d'adoption	Symptômes dépressifs et anxieux; heures travaillées; urgence du travail; soutien du superviseur; climat de soutien; homophobie intériorisée; degré d'ouverture sur son orientation sexuelle au travail
Grant et al. 2011	États-Unis, 2008	6 456 Personnes trans 18 ans et plus	De convenance	Auto-identification	Expériences en éducation, emplois, vie familiale, santé, logement, avec les documents d'identification, etc.
Griffith et al. 2002	Texas	379 Employé.e.s LG 21 ans et plus	De convenance	Auto-identification	Degré d'ouverture sur son orientation sexuelle au travail; satisfaction au travail; soutien organisationnel; acceptation de soi; réactions des collègues
Hatzenbuehler et al. 2009	États-Unis, 2001-2005	34 653, dont 577 personnes LG 18 ans et plus	Analyses secondaires des données du <i>National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions</i> (échantillon représentatif de la population adulte des États-Unis) ^c	Auto-identification	Politiques de l'État qui protègent les personnes LG contre la discrimination en emploi et contre les crimes haineux; désordres d'humeur et d'anxiété; abus de substances
Huebner et al. 2005	Arizona	73 hommes GB 18 ans et plus	De convenance	Auto-identification Comportements sexuels avec partenaires de même sexe	Degré d'ouverture sur son orientation sexuelle au travail; secteur d'emploi; satisfaction et soutien social au travail; affect négatif; niveaux de cortisol salivaire

*McDermott 2006	Royaume-Uni	24 femmes lesbiennes 21 à 56 ans	Théorique dirigé Boule de neige	Auto-identification	Classe sociale ; identité sexuelle ; bien-être psychologique ; discrimination au travail
Morrison 2011	Canada	348 personnes LG	Boule de neige	Auto-identification	Discrimination perçue ; dépression ; détresse psychologique ; optimisme face à la vie ; estime de soi
Parini et al. 2016	Suisse 2014	1 030 employé.e.s LGB	De convenance Boule de neige	Auto-identification	Discrimination directe et indirecte vécue au travail ; visibilité au travail ; secteur d'activité
Rotondi et al. 2011	Ontario, 2009-2010	433 Personnes trans 16 ans et plus	Dirigé par les répondants	Auto-identification	Discrimination et abus ; enjeux majeurs de santé ; soutien social et identitaire ; facteurs médicaux reliés à la transition ; <i>coming out</i>
Sasso et Gray 2015	Canada 2014-2015	896 Personnes LGBT 18 ans et plus	De convenance	Auto-identification	Importance perçue de l'affirmation de l'orientation sexuelle au travail ; appréhension de discrimination au travail ; vécu et témoignage de discrimination au travail ; incompréhension de l'identité de genre par les collègues ; initiatives de gestion de diversité sexuelle de l'employeur
Sears et al. 2011	États-Unis, 2008	1 773 dont 162 de minorités sexuelles 18 ans et plus	Analyses secondaires des données du <i>General Social Survey 2008</i> (échantillonnage aléatoire représentatif) ^d	Auto-identification Comportements sexuels avec partenaires de même sexe	Le <i>coming-out</i> ; situation amoureuse et familiale ; discrimination en milieu de travail
Smith et al. 2004	États-Unis	97 Employé.e.s LGB	De convenance Boule de neige	Auto-identification	Hétérosexisme en milieu de travail ; interactions sociales de soutien ; symptômes physiques et psychologiques ; dépression

* Enquêtes qualitatives.

a www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SurvId=1715&InstalId=7705#a2

b Cet ouvrage combine les résultats d'une enquête qualitative et d'une enquête quantitative – nous rapportons ici les informations relatives à l'enquête quantitative.

c www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2766434/

d http://publicdata.norc.umd.edu/documents/BOOK/GSS_Codebook_AppendixA.pdf

européen.ne.s révèle que 20 % des personnes LGB ont été exclues de manifestations sociales au travail, 18 % ont été mises « hors jeu » lors d'une promotion interne et 17 % ont été écartées lors d'une sélection à l'embauche (Closon et Van der Linden, 2015). Finalement, pour 54 % des répondant.e.s de cette enquête belge, il leur arrivait d'avoir peur d'être victimes de paroles ou d'actes homophobes.

Par ailleurs, des études récentes auprès des personnes trans dressent un portrait plutôt sombre de leur situation sur le plan des discriminations en rapport avec l'emploi. Entre autres, l'enquête états-unienne *National Transgender Discrimination Survey* a documenté les discriminations relatives à l'emploi : 78 % des 6 450 répondant.e.s rapportent avoir subi du harcèlement ou au moins une forme directe de mauvais traitements en milieu de travail ; 47 % déclarent au moins une situation de discrimination (congédiement, refus d'embauche ou de promotion) (Grant, Mottet et Tanis, 2011). De plus, 14 % des répondant.e.s étaient sans emploi au moment de l'enquête et 44 % se considèrent sous-employés par rapport à leurs qualifications. Ces proportions sont encore plus élevées dans le cas des non-Blancs, illustrant l'impact combiné de la transphobie et du racisme.

4. Discrimination et santé mentale chez les minorités sexuelles et de genre

Des études ont examiné les liens entre diverses formes de discrimination perçue et certains indicateurs de santé mentale et de bien-être chez les MSG. Ainsi, au Canada, Morrison (2011) a démontré que les expériences de discrimination subies par les personnes LG – quel qu'en soit le contexte – étaient significativement liées à la présence de symptômes dépressifs et, lorsqu'elles s'aggravent, à une baisse d'estime de soi et d'optimisme face à la vie. Aux États-Unis, les personnes s'auto-identifiant comme LGBT, comparativement à celles se disant hétérosexuelles, présentent à la fois plusieurs indicateurs d'une santé mentale moins bonne (détresse psychologique, diagnostic de dépression ou d'anxiété, besoins déclarés de soins en santé mentale et plus grande utilisation des services offerts) et une plus grande probabilité de rapporter un incident majeur de discrimination en milieu de travail pour l'année qui vient de s'écouler (Burgess *et al.*, 2007).

Chae *et al.* (2010) ont effectué une étude comparative entre les expériences de discrimination d'employés syndiqués de classe ouvrière qui ont des rapports sexuels avec des personnes de même sexe et qui

s'auto-identifient comme LGB vs ceux qui ne s'identifient pas comme LGB (et donc qui adoptent plutôt d'autres termes pour décrire leur identité sexuelle). Cette étude attire l'attention sur la définition de l'orientation sexuelle, dont les dimensions identitaire et comportementale ne concordent pas nécessairement. En fait, les participant.e.s qui s'auto-identifient comme étant LGB sont plus nombreux à rapporter avoir été discriminés en raison de leur sexualité comparativement à ceux qui ont des rapports sexuels avec le même sexe sans s'identifier comme tels. En comparant ces deux groupes, l'étude constate que les premiers sont plus susceptibles d'être discriminés en raison de leur sexualité et les seconds (plus souvent non-Blancs et nés à l'extérieur du pays) en raison de motifs raciaux/ethniques. Ces deux types de discrimination sont associés à de plus hauts niveaux de détresse psychologique (Chae *et al.*, 2010).

Hatzenbuehler (2009) semble indiquer un modèle explicatif du lien entre la discrimination subie par les personnes LGBT et la santé mentale. Selon le cadre de médiation psychologique qu'il développe et qui extrapole sur la théorie du stress minoritaire (Meyer, 2003), les processus cognitifs seraient des médiateurs entre la stigmatisation liée à un statut minoritaire et les effets sur la santé mentale chez les minorités sexuelles. Plus spécifiquement, la stigmatisation vécue augmente l'exposition au stress; à son tour, le stress relié à la stigmatisation influe négativement sur les processus de régulation des émotions et la capacité d'adaptation, sur les relations interpersonnelles et le soutien social, de même que sur certains processus cognitifs (p. ex. négativité), ce qui contribue à accroître les risques de psychopathologie.

5. Discrimination en milieu de travail et santé mentale

Bien que les recherches sur la situation des MSG en milieu de travail connaissent une importante croissance (Ozeren, 2014), celles s'intéressant à la fois à la santé mentale et aux expériences de discrimination en emploi demeurent peu nombreuses, surtout au Canada et au Québec. Certaines études incluent un ou des indicateurs de santé mentale en second plan, pour tester la validité psychométrique d'autres mesures (p. ex. Brewster, Velez, DeBlaere et Moradi, 2012; Wright et Wegner, 2012) ou comme un des facteurs impliqués dans d'autres phénomènes, comme la décision de faire ou non son *coming out* en milieu de travail (p. ex. Griffith et Hebl, 2002; Ragins, Singh et Cornwell, 2007). Cette

section présente les études portant sur les expériences au travail de sous-groupes particuliers parmi les MSG.

5.1. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)

Chez des jeunes HARSAH, le fait d'avoir vécu de la discrimination au travail est associé avec un plus grand nombre de jours de mauvaise santé physique et mentale dans le mois précédent, de même qu'avec un fonctionnement quotidien plus limité (Bauermeister *et al.*, 2014). Selon les analyses de régression, la relation est plus forte chez les hommes s'affirmant bisexuels ou recourant à d'autres termes pour s'auto-identifier (p. ex. hétérosexuel, « qui aime le même sexe », « HARSAH », etc.) comparés à ceux s'affirmant gais, et moins forte chez les hommes noirs et latinos comparés aux autres. Tout comme dans l'étude de Chae *et al.* (2010), ces constats soulèvent les questions de l'auto-identification, ainsi que des discriminations croisées en raison de plus d'un motif et de leur impact sur la santé mentale.

5.2. Les femmes

Certains travaux se sont focalisés sur les expériences des femmes de minorités sexuelles en milieu de travail sans aborder spécifiquement la santé mentale (Brand, 2008; Chamberland, Lebreton et Bernier, 2012; McDermott, 2006; Rankine, 2011; Ryniker, 2008). Par ailleurs, une étude visant à valider une mesure globale de la stigmatisation envers les femmes bisexuelles (sans mention de contexte spécifique) a constaté l'existence d'un lien entre la stigmatisation perçue et la présence d'une symptomatologie dépressive (Bostwick, 2012). Nous n'avons déniché qu'une seule étude qualitative reliant l'expérience de travail et la santé psychologique des lesbiennes (McDermott, 2006). Dans un contexte de travail qui valorise l'hétérosexualité, la performance d'une identité lesbienne est assimilée à une prise de risques dont il faut constamment soupeser les conséquences possibles, ce qui constitue en soi une charge psychologique importante. De plus, les lesbiennes de classe ouvrière se retrouveraient plus souvent dans des environnements davantage à risques, où la régulation stricte de l'hétérosexualité laisse moins de marge de manœuvre pour la négociation de leur identité sexuelle, ce qui les empêche de l'exprimer et les contraint à recourir à des pratiques de survie, comme présenter une façade hétérosexuelle, qui grèvent encore plus leur santé psychologique.

5.3. Les personnes trans

Comme mentionné précédemment, des études récentes auprès des personnes trans faisant appel à de larges échantillons ont permis de mettre en lumière leur situation en emploi, mais aussi leur santé mentale. Il s'avère toutefois impossible de cerner précisément les interrelations entre ces deux phénomènes dans l'état actuel des recherches. Entre autres, l'enquête ontarienne *Trans PULSE* menée auprès de 433 personnes trans constate que les obstacles nuisant à l'intégration en emploi sont nombreux : non-concordance entre l'identité de genre et les documents attestant de l'identité civile, de la formation scolaire et des compétences acquises ; expériences de refus d'embauche et de congédiement ; désapprobation de la part des collègues ; discrimination au travail (Bauer *et al.*, 2011 ; Bauer, Pyne, Francino et Hammond, 2013). De plus, un grand nombre de participant.e.s à cette étude présentaient des symptômes dépressifs au moment de l'enquête : 61,2 % des femmes trans et 66,4 % des hommes trans (Rotondi, Bauer, Scanlon *et al.*, 2011 ; Rotondi, Bauer, Travers *et al.*, 2011). Pour ces deux groupes, l'expérience de la transphobie, mesurée par une échelle multicomposite incluant le harcèlement et la discrimination, accroît le risque dépressif. Le fait d'être sans emploi contribue également à l'augmentation de ce risque chez les femmes trans.

Une autre analyse des données de cette enquête fait ressortir la forte suicidabilité au sein de cette population (Bauer *et al.*, 2013). Le risque suicidaire serait influencé par plusieurs facteurs, dont la transphobie et en particulier les violences transphobes, mais il ne semble pas varier selon le fait d'avoir été discriminé ou non au travail. Au contraire, dans l'étude américaine *National Transgender Discrimination Survey*, qui constate une fréquence élevée (41 %) de tentatives de suicide à vie, le fait d'être sans emploi et la perte d'un emploi pour motif discriminatoire figurent parmi les facteurs qui accroissent le risque d'avoir fait une telle tentative (Grant *et al.*, 2011). Une explication possible de l'écart entre ces deux résultats est que les effets cumulés des multiples discriminations dans plusieurs domaines de vie (services de santé, école, famille, logement, espaces publics, etc.) ne permettent pas d'isoler facilement l'impact sur la santé mentale des discriminations rencontrées dans le contexte spécifique du travail et de l'accès à l'emploi.

5.4. Les parents LG

Le soutien du supérieur, le climat de travail et l'homophobie intériorisée joueraient un rôle important dans la santé mentale des parents LG détenant un emploi (Goldberg et Smith, 2013). En fait, ceux bénéficiant de moins de soutien de leur supérieur présenteraient davantage de symptômes anxieux et dépressifs. De plus, les parents qui doivent accomplir des tâches urgentes rapportent plus de symptômes dépressifs lorsque le climat de travail n'est pas soutenant et moins de symptômes anxieux lorsqu'ils travaillent dans un environnement accueillant (*lgb-friendly*). Finalement, l'étude de Goldberg et Smith (2013) révèle une relation positive entre l'affirmation de son homosexualité au travail et la présence de symptômes dépressifs et anxieux chez les parents présentant un degré élevé d'homophobie intériorisée. Le phénomène est encore plus accentué chez les pères gais, ce qui pourrait s'expliquer, selon les auteures, par le fait que les hommes vivent plus d'évaluations négatives en tant que parents à cause de leur genre et de leur sexualité.

6. Autres facteurs reliés à la discrimination en milieu de travail et à la santé mentale

6.1. Le *coming out* (ou divulgation de l'orientation sexuelle)

Dans une revue systématique de la documentation scientifique sur la discrimination au travail en raison de l'orientation sexuelle, Ozeren (2014) relève quatre grands thèmes permettant de classer les travaux, dont un est le *coming out* (les autres étant les inégalités salariales, les groupes de ressources d'employés LGBT et les effets de la non-discrimination sur le milieu de travail et sur les affaires). Ce thème est particulièrement pertinent par rapport à la santé mentale puisque plusieurs études ont exploré les liens entre le dévoilement au travail et des indicateurs de santé mentale. Selon l'étude de Griffith et Hebl (2002), l'affirmation de l'orientation sexuelle par les employé.e.s LG est associée à plus de satisfaction et moins d'anxiété par rapport au travail. Cependant, la réaction des collègues serait une variable médiatrice dans cette relation : ceux qui observent des réactions favorables de leurs collègues et reçoivent plus de soutien de leur part se sentent plus heureux et moins stressés dans leur emploi.

Dans la même veine, Huebner et Davis (2005) semblent indiquer que les bénéfices souvent attribués au dévoilement dépendraient en fait du caractère plus ou moins accueillant du milieu de travail. En fait,

dans leur étude auprès d'hommes GB, les chercheurs constatent que ceux qui affirment le plus leur orientation sexuelle au travail rapportent aussi des niveaux plus élevés d'affects négatifs et de cortisol salivaire. Ces résultats pourraient être dus à des expériences de discrimination vécues à la suite du dévoilement, lesquelles mènent à du stress additionnel chez la victime (Huebner et Davis, 2005).

Par ailleurs, une étude qualitative ayant exploré le vécu des 16 employé.e.s LG au Canada, dont les deux tiers se sont affirmés au travail, conclut que le *coming out* influence positivement la santé mentale à travers une diminution du stress et une amélioration du sentiment de bien-être, alors que la dissimulation de l'orientation sexuelle engendre de la tristesse et exige beaucoup d'énergie. De plus, le fait d'avoir un.e conjoint.e rend le *coming out* au travail plus facile (Bowring et Brewis, 2009).

Madera (2010) indique que les ressources cognitives qui sont utilisées pour les tâches d'autorégulation, de contrôle et de dissimulation de l'orientation sexuelle (p. ex. contrôler ses émotions, inhiber ses impulsions) et pour diverses actions fonctionnelles (p. ex. mémoire, attention, etc.) sont limitées. Puisque la dissimulation de l'orientation sexuelle mobilise une partie de ces ressources, ceci expliquerait que les employés dans le placard au travail, et disposant donc de moins de ressources cognitives, ont de moins bonnes performances au travail et ressentent moins de bien-être en général. Selon l'auteur, le *coming out* au travail devient donc l'objet d'une négociation entre vivre de potentiels effets secondaires sur le plan cognitif et vivre de la discrimination.

6.2. La divulgation de l'identité de genre

Selon quelques études qualitatives, une partie des hommes et femmes trans utilisent diverses stratégies pour ne pas divulguer leur identité de genre au travail et échapper ainsi au risque de discrimination, tandis que d'autres dont le statut trans est connu au travail, volontairement ou non, font face aux pressions du milieu pour se conformer aux normes de masculinité et de féminité telles que définies par le système binaire de genre (Budge, Tebbe et Howard, 2010 ; Connell, 2010 ; Schilt et Connell, 2007 ; Thanem et Wallenberg, 2014). Ces études démontrent aussi les capacités de certaines personnes trans à composer avec ces pressions en présentant des identités hybrides. La capacité d'être socialement lu dans le genre souhaité accroît la possibilité de choisir les circonstances d'une divulgation du statut trans et, pour les hommes trans, de profiter pleinement des avantages découlant d'un statut

masculin (Schilt, 2006). En revanche, selon l'enquête *Trans PULSE*, ce choix n'existe pas toujours : en effet, le quart des participant.e.s estime qu'ils sont perçus comme étant non trans « moins de la moitié du temps », ce qui les laisse vulnérables au harcèlement et à la discrimination en milieu de travail (Bauer *et al.*, 2011).

Selon une autre étude, quantitative cette fois, les stratégies de dévoilement explicites sont corrélées positivement à la satisfaction au travail, alors que les stratégies de dissimulation le sont de manière négative (Brewster *et al.*, 2012). De plus, selon cette recherche, le climat de travail serait un facteur déterminant pour la santé mentale des personnes trans. Les perceptions selon lesquelles ce climat est soutenant sont liées positivement avec la satisfaction vis-à-vis des collègues, des superviseurs et du travail. Par ailleurs, l'exposition à la discrimination directe et indirecte sur la base de l'identité de genre entraîne une diminution de la satisfaction au travail. En somme, les recherches prenant en compte le dévoilement du statut trans demeurent trop peu nombreuses pour aboutir à des résultats concluants.

6.3. Les interactions sociales

Smith et Ingram (2004) ont exploré les liens entre l'hétérosexisme en milieu de travail, les interactions sociales non soutenantes (réactions négatives des autres lors d'échanges sur les expériences d'hétérosexisme, comme blâmer la victime elle-même) et l'ajustement psychologique chez des employé.e.s LGB. Notamment, l'étude établit une corrélation positive entre l'hétérosexisme vécu et le non-soutien d'une part, et la dépression et la détresse psychologique d'autre part. Des analyses plus fines démontrent que les réponses de blâme de la part du milieu interviennent comme modérateur dans la relation entre l'hétérosexisme et l'ajustement psychologique. Que ce soit en présence d'un faible ou d'un fort niveau de blâme de la part de l'entourage de travail, une augmentation de l'hétérosexisme entraîne une hausse de la dépression et de la détresse psychologique. Mais lorsque les employé.e.s vivent peu d'hétérosexisme, ce sont les réactions négatives de leur entourage qui ont des effets sur leur santé mentale, en d'autres mots, ce sont les réponses de blâme qui deviennent l'élément stressueur. Cette étude réitère l'importance de la prise en compte du soutien social pour la santé mentale des employé.e.s de MSG.

6.4. Locus de contrôle

Carter II, Mollen et Smith (2014) ont examiné le rôle modérateur du locus de contrôle dans la relation entre les expériences d'événements préjudiciables au travail ainsi que l'hétérosexisme intériorisé d'une part et la détresse psychologique chez des employé.e.s LGB d'autre part. Leurs résultats semblent indiquer que lorsqu'une personne perçoit avoir le contrôle sur une situation et sur ses conséquences possibles, les effets des expériences préjudiciables sur la détresse psychologique globale peuvent être moins importants.

6.5. Les micro-agressions

Plusieurs chercheurs et experts communautaires sur la victimisation des MSG soulignent la nécessité d'étudier davantage les micro-agressions homo- et trans-négatives (MAHT) dans le contexte social actuel (Bauermeister *et al.*, 2014 ; Nadal *et al.*, 2011 ; Ozeren, 2014 ; Sue, 2010b ; Woodford *et al.*, 2014). Les MAHT réfèrent à des affronts, rebuffades ou insultes verbales, non verbales et quotidiennes – intentionnelles ou non intentionnelles – qui communiquent des messages hostiles, dérogatoires ou négatifs ciblant des personnes précises, sur la base de leur appartenance à un groupe. Elles diffèrent des comportements franchement homophobes ou transphobes et seraient le nouveau visage de la discrimination à la suite des changements d'opinions et de politiques qui rendent la discrimination ouverte envers les personnes LGBT socialement moins acceptable (Nadal, 2013).

La recherche sur les antécédents et les conséquences des MAHT est encore à un stade embryonnaire (Bostwick et Hequembourg, 2014 ; Platt et Lenzen, 2013 ; Rivera, Nadal et Fisher, 2012 ; Sarno et Wright, 2013 ; Shelton et Delgado-Romero, 2011). Cependant, des études sur les micro-agressions envers les minorités ethnoculturelles montrent leur impact sur la productivité au travail ainsi que sur la santé psychologique et physique, puisqu'elles créent des environnements de travail hostiles et épuisent les ressources cognitives des victimes (p. ex. énergie, attention, raisonnement, régulation de soi) (Sue, 2010a). Dans leur article sur la construction d'une mesure des micro-agressions homo- et bi-négatives, Wright et Wegner (2012) rapportent que les MAHT ont des impacts négatifs sur l'estime de soi des victimes, sur leurs sentiments par rapport à leur identité LGB et sur le processus de développement identitaire. L'étude des impacts des MAHT vécues en milieu de travail sur la santé mentale mérite d'autant plus d'attention que les

lois et politiques interdisant la discrimination envers les MSG peuvent difficilement s'appliquer à ces comportements subtils.

7. Implications et recommandations

Certaines implications des recherches recensées dans cet article méritent d'être soulignées avant de formuler des recommandations s'adressant aux milieux de la santé mentale, du travail et de la recherche. En fait, certaines études constatent les effets, tantôt distincts, tantôt croisés, des expériences de discrimination en raison du genre, de l'orientation sexuelle et de l'ethnicité (Bauermeister, 2014; Bostwick, Boyd, Hughes, West et McCabe, 2014; Chae *et al.*, 2010). Ces résultats invitent à adopter, tant en recherche que dans l'intervention, des approches intersectionnelles qui prennent en compte les multiples facettes des individus susceptibles d'intervenir dans les expériences de discrimination et leurs répercussions sur la santé mentale (Barron et Hebl, 2012; Carroll, 2010; Healy, Kirton et Noon, 2011).

7.1. Recommandations pour les milieux de santé

Le dévoilement de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre est souvent considéré comme positif pour la santé mentale à cause des retombées positives attendues, notamment sur le plan de l'expression émotionnelle. Mais les liens entre le *coming out* au travail et santé pourraient être plus complexes que l'on ne le pensait auparavant (Huebner et Davis, 2005). Les praticien.ne.s ne devraient donc pas encourager un tel dévoilement sans considérer divers facteurs susceptibles de jouer un rôle dans les retombées du *coming out* et leurs conséquences sur la santé mentale, notamment le soutien anticipé de la part des collègues et des superviseurs (Smith et Ingram, 2004), le climat de l'environnement de travail (Brewster *et al.*, 2012; Goldberg et Smith, 2013), l'homophobie ou la transphobie intériorisée (Carter II *et al.*, 2014; Goldberg et Smith, 2013), les ressources de la personne, telles que la présence d'un.e conjoint.e (Bowring et Brewis, 2009), bref sans saisir le fonctionnement psychique et social global de la personne.

En ce qui concerne l'hétérosexisme et les micro-agressions, les praticien.ne.s doivent prendre conscience de leurs propres a priori, biais et attitudes par rapport aux MSG susceptibles d'interférer avec leurs relations d'aide auprès d'une clientèle LGBT (Nadal, Skolnik et Wong, 2012; Shelton et Delgado-Romero, 2011; Wright et Wegner, 2012). Reconnaître ses propres limites facilite l'établissement de rela-

tions de confiance avec les client.e.s LGBT, ce qui favorise une santé mentale et un développement identitaire optimal. Il pourrait aussi être utile pour les professionnel.le.s en santé mentale de pouvoir aider leurs client.e.s à comprendre les MAHT et leurs effets (Wright et Wegner, 2012).

7.2. Recommandations pour les milieux du travail

Selon le rapport de consultation du Groupe de travail mixte contre l'homophobie (2007), au Québec, le milieu de travail offrirait généralement peu de soutien aux MSG victimes d'actes discriminatoires ou d'autres expériences négatives, et ne mettrait pas en place des mécanismes pour empêcher la reproduction de situations problématiques. En premier lieu, il est primordial de faire connaître les recours disponibles pour ces personnes, mais aussi de s'assurer que ces recours sont accessibles et efficaces. De plus, les employeurs peuvent adopter diverses initiatives pour prévenir de telles situations et assurer le bien-être des employé.e.s LGBT. L'adoption d'une politique antidiscriminatoire qui prohibe clairement la discrimination et les comportements LGBT-phobes s'avère une stratégie de base pour tout employeur (King et Cortina, 2010 ; Tejeda, 2006), à condition que tous soient informés de son existence. Cependant, les politiques à elles seules ne suffisent pas pour transformer les comportements et les attitudes négatives des employé.e.s et doivent s'accompagner d'autres types d'initiatives, par exemple des formations abordant la diversité sexuelle et de genre (Beatty et Kirby, 2006 ; Harding et Peel, 2007). Le changement organisationnel doit être global. L'effet des politiques de soutien sur la satisfaction et l'anxiété au travail des employé.e.s LG devient nul lorsque l'on contrôle pour le soutien perçu de la part des collègues (Griffith et Hebl, 2002), d'où l'importance d'éduquer l'ensemble du personnel. Des ressources existent au Canada, en français et en anglais, pour faciliter la création de milieux de travail plus inclusifs pour les MSG (voir Tableau II).

7.3. Recommandations pour la recherche

Il existe un besoin pressant de documenter la stigmatisation et les discriminations envers les personnes trans en rapport avec l'emploi et leur impact sur la santé mentale (Brewster *et al.*, 2012 ; Budge *et al.*, 2010 ; Chung, 2003 ; O'Neil, McWhirter et Cerezo, 2008 ; Ozeren, 2014). L'expression parapluie « LGBT » est parfois trompeuse, car certaines études ignorent de fait la population trans ou ne distinguent pas

TABLEAU II

Ressources et documentation pour les milieux de travail

Nom de la ressource	Auteur.e.s/ Éditeurs	Langue	Année de publication	Lien
Lexique LGBT sur la diversité sexuelle et de genre en milieu de travail	Chambre de commerce gaie du Québec	Français	2014	www.ccgq.ca/CCGQ-014_Lexique-LGBT.pdf
Travailleuses et travailleurs en transition : Guide pratique pour les représentantes et les représentants syndicaux à l'égard de la transition sexuelle	Congrès du travail du Canada	Français Anglais	2010	www.congresdu-travail.ca/salle-des-nouvelles/publications/travailleuses-et-travailleurs-en-transition-guide-pratique-pour-les
Guide sur les droits des personnes face à l'homophobie de travail	Commission des normes du travail - ministère du Travail, Gouvernement du Québec	Français	2014	https://www.travail.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/Documents/homophobie/Guide_homophobie.pdf
Sortir des sentiers battus : Pour mieux comprendre la réalité des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenres en milieu de travail	Patrimoine canadien et Parcs Canada	Français Anglais	2005	http://publications.gc.ca/site/fra/281584/publication.html
Ni plus ni moins : comme tout le monde! Document d'animation sur l'homophobie	Brisson, L., Dubuc, D., Lapierre, A., Pineau, A. et Roy, J./ Confédération des syndicats nationaux	Français Anglais	2013	www.csn.qc.ca/web/lgbt/
Building Pride: A Resource For LGBT Inclusion in the Workplace	Pride at Work	Anglais	2014	http://building-pride.ca

les enjeux propres à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre alors que les préjugés relativement à ces deux motifs reposent sur des racines différentes (Worthen, 2013). Il serait souhaitable d'inclure des mesures d'orientation sexuelle et d'identité de genre dans les grandes enquêtes d'envergure nationale afin de contourner certaines faiblesses méthodologiques de la plupart des enquêtes sur le milieu de travail, notamment les modes de recrutement non aléatoires (Meezan et Martin, 2009; Sell, 1997), et de mener des comparaisons en fonction de ces deux variables qui permettraient d'approfondir les analyses des fac-

teurs influençant la santé mentale au travail. De plus, des études longitudinales permettraient d'examiner plus en profondeur le lien entre *coming out* au travail et bien-être, puisqu'il n'est pas impossible que la direction de ce lien soit contraire à ce qui semble être indiqué dans quelques études, et qu'en fait, ce sont les personnes LGBT ayant une bonne santé mentale qui font leur *coming out* au travail (Madera, 2010).

Finalement, la recherche doit continuer d'éclairer les interventions sur le plan structurel/systémique et individuel. Sur le plan structurel, alors que plusieurs employeurs réclament le statut de *LGBT-friendly*, des évaluations des initiatives en milieu de travail doivent être menées afin de mieux cerner leur efficacité pour empêcher la discrimination et pour favoriser un climat organisationnel favorisant la pleine acceptation des MSG et le soutien social à leur égard. Sur le plan individuel, la recherche doit approfondir l'analyse des variables modératrices et médiatrices de la relation entre la discrimination vécue en emploi et les MAHT, et la santé mentale, en se penchant notamment sur les processus cognitifs en cause ainsi que sur les facteurs de risque et de résilience.

RÉFÉRENCES

- Barron, L. G. et Hebl, M. (2012). Understanding and remediating sexual orientation prejudice and discrimination in the workplace. Dans M. A. Paludi (Ed.), *Managing Diversity in Today's Workplace: Strategies for Employees and Employers*, 1, 209-224. CA : Praeger.
- Bauer, G., Nussbaum, N., Travers, R., Munro, L., Pyne, J. et Redman, N. (2011). We've got work to do: Workplace discrimination and employment challenges for trans people in Ontario. *Trans PULSE e-Bulletin*, 2(1).
- Bauer, G., Pyne, J., Francino, M. C. et Hammond, R. (2013). Suicidality among trans people in Ontario: Implications for social work and social Justice/ La suicidabilité parmi les personnes trans en Ontario: Implications en travail social et en justice sociale. *Service social*, 59(1), 35-62. doi: 10.7202/1017478a
- Bauermeister, J., Meanley, S., Hickok, A., Pingel, E., VanHemert, W. et Loveluck, J. (2014). Sexuality-related work discrimination and its association with the health of sexual minority emerging and young adult men in the Detroit Metro Area. *Sexuality Research and Social Policy*, 11(1), 1-10. doi: 10.1007/s13178-013-0139-0
- Beatty, J. E. et Kirby, S. L. (2006). Beyond the legal environment: How stigma influences invisible identity groups in the workplace. *Employee Responsibilities et Rights Journal*, 18(1), 29-44. doi: 10.1007/s10672-005-9003-6
- Beauchamp, D. L. (2008). L'orientation sexuelle et la victimisation 2004 (produit no 85F0033M). Ottawa: Statistique Canada.

- Bostwick, W. (2012). Assessing bisexual stigma and mental health status: A brief report. *Journal of Bisexuality*, 12, 214-222. doi: 10.1080/15299716.2012.674860
- Bostwick, W., Boyd, C. J., Hughes, T. L., West, B. T. et McCabe, S. E. (2014). Discrimination and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(1), 35-45. doi: 10.1037/h0098851
- Bostwick, W. et Hequembourg, A. (2014). 'Just a little hint': Bisexual-specific microaggressions and their connection to epistemic injustices. *Culture, Health & Sexuality*, 16(5), 488-503. doi: 10.1080/13691058.2014.889754
- Bowring, M. A. et Brewis, J. (2009). Truth and consequences: Managing lesbian and gay identity in the Canadian workplace. *Equal Opportunities International*, 28(5), 361-377. doi: 10.1108/02610150910964231
- Brand, P. A. (2008). Introduction. *Journal of Lesbian Studies*, 12(1), 1-5. doi: 10.1300/10894160802174219
- Brewster, M. E., Velez, B., DeBlare, C. et Moradi, B. (2012). Transgender individuals' workplace experiences: The applicability of sexual minority measures and models. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 60-70. doi: 10.1037/a0025206
- Budge, S. L., Tebbe, E. N. et Howard, K. A. S. (2010). The work experiences of transgender individuals: Negotiating the transition and career decision-making processes. *Journal of Counseling Psychology*, 57(4), 377-393. doi: 10.1037/a0020472
- Burgess, D., Lee, R., Tran, A. et van Ryn, M. (2007). Effects of perceived discrimination on mental health and mental health services utilization among gay, lesbian, bisexual and transgender persons. *Journal of LGBT Health Research*, 3(4), 1-14. doi: 10.1080/15574090802226626
- Canada. (2012). *Loi canadienne sur les droits de la personne*. Canada: Government du Canada En ligne <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/H-6.pdf>.
- Carroll, L. (2010). *Counseling Sexual and Gender Minorities*. New Jersey: Merrill.
- Carter II, L. W., Mollen, D. et Smith, N. G. (2014). Locus of control, minority stress, and psychological distress among lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of Counseling Psychology*, 61(1), 169-175. doi: 10.1037/a0034593
- Chae, D., Krieger, N., Bennett, G., Lindsey, J., Stoddard, A. et Barbeau, E. (2010). Implications of discrimination based on sexuality, gender, and race/ethnicity for psychological distress among working-class sexual minorities: The United for Health Study, 2003-2004. *International Journal of Health Services*, 40(4), 589-608. doi: 10.2190/HS.40.4.b
- Chamberland, L. (2007). *Gais et lesbiennes en milieu de travail: Rapport synthèse de recherche*. Montréal: Centre collégial de développement de matériel didactique.
- Chamberland, L., Beaulieu-Prévost, D., Julien, D., N'Bourké, A. et de Pierrepont, C. (2011). *Portrait sociodémographique et de santé des populations LGB au Québec, Rapport de recherche*, Université du Québec à Montréal.

- Chamberland, L., Lebreton, C. et Bernier, M. (2012). *Stratégies des travailleuses lesbiennes face à la discrimination. Contrer l'hétéronormativité des milieux de travail*: Institut de recherches et d'études féministes, Université du Québec à Montréal.
- Chamberland, L. et Saewyc, E. (2011). Stigma, vulnerability, and resilience: The psychosocial health of sexual minority and gender diverse people in Canada. *Canadian Journal of Community Mental Health/Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 30(2), 1-5. doi: 10.7870/cjcmh-2011-0012
- Chuang, Y.-T., Church, R. et Ophir, R. (2011). Taking sides: The interactive influences of institutional mechanisms on the adoption of same-sex partner health benefits by Fortune 500 corporations, 1990–2003. *Organization Science*, 22(1), 190-209. doi: 10.1287/orsc.1090.0521
- Chung, Y. B. (2003). Career counseling with lesbian, gay, bisexual, and transgendered persons: The next decade. *The Career Development Quarterly*, 52(1), 78-86. doi: 10.1002/j.2161-0045.2003.tb00630.x
- Closon, C., et Van der Linden, J. (2015). *Rapport d'enquête sur les discriminations au travail dues à l'orientation sexuelle et les identités de genre*. Bruxelles: Centre de recherche en psychologie du travail et de la consommation, Université Libre de Bruxelles.
- Colvin, R. A. (2007). The rise of transgender-inclusive laws: How well are municipalities implementing supportive nondiscrimination public employment policies? *Review of Public Personnel Administration*, 27(4), 336-360. doi: 10.1177/1077800407301777
- Congress.gov. (2014). S.815 - Employment Non-Discrimination Act of 2013, en ligne <https://www.congress.gov/bill/113th-congress/senate-bill/815>
- Connell, C. (2010). Doing, undoing, or redoing gender? Learning from the workplace experiences of transpeople. *Gender & Society*, 24(1), 31-55. doi: 10.1177/0891243209356429
- Creed, D. (2006). Seven conversations about the same thing: homophobia and heterosexism in the workplace. Dans A. M. Konrad, P. Prasad et J. K. Pringle (dir.), *Handbook of Workplace Diversity* (p. 371-400). Great Britain: Sage Publications Ltd.
- Eaton, N. R. (2014). Transdiagnostic psychopathology factors and sexual minority mental health: Evidence of disparities and associations with minority stressors. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(3), 244-254. doi: 10.1037/sgd0000048
- Everly, B. A. et Schwarz, J. L. (2014). Predictors of the adoption of LGBT-friendly HR policies. *Human Resource Management*, 54, 367-384. doi: 10.1002/hrm.21622
- Falcoz, C. (2008). *Homophobie en entreprise*. Paris: La Documentation Française, Coll. "Études et Recherches - HALDE".
- Fassinger, R. E. et Arseneau, J. R. (2007). "I'd rather get wet than be under that umbrella": Differentiating the experiences and identities of lesbian, gay, bisexual, and transgender people. Dans K. J. Bieschke, R. M. Perez et K. A. DeBord (dir.), *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay,*

- Bisexual, and Transgender Clients (2nd ed.)* (p. 19-49). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Fidas, D. et Cooper, L. (2014). Corporate Equality Index 2015 (p. 106). Washington, DC: Human Rights Campaign Foundation.
- Frost, D. M. et LeBlanc, A. J. (2014). Nonevent stress contributes to mental health disparities based on sexual orientation: Evidence from a personal projects analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 557-566. doi: 10.1037/ort0000024
- Goldberg, A. E. et Smith, J. Z. (2013). Work conditions and mental health in lesbian and gay dual-earner parents. *Family Relations*, 62(5), 727-740. doi: 10.1111/fare.12042
- Grant, J. M., Mottet, L. A. et Tanis, J. (2011). National transgender discrimination survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force.
- Griffith, K. H. et Hebl, M. R. (2002). The disclosure dilemma for gay men and lesbians: "Coming out" at work. *Journal of Applied Psychology*, 87(6), 1191-1199. doi: 10.1037/0021-9010.87.6.1191
- Groupe de travail mixte contre l'homophobie. (2007). De l'égalité juridique à l'égalité sociale : vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie (p. 108). Québec: Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.
- Harding, R. et Peel, E. (2007). Heterosexism at work: Diversity training, discrimination law and the limits of liberal individualism. Dans V. Clarke et E. Peel (dir.), *Out in Psychology: Lesbians, Gay, Bisexual, Trans and Queer Perspectives* (p. 247-271). Chichester: John Wiley et Sons Ltd.
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma "Get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 2009(135), 5. doi: 10.1037/a0016441
- Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M. et Hasin, D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, 99(12), 2275-2281. doi: 10.2105/AJPH.2008.15351
- Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Keyes, K. M. et Hasin, D. S. (2010). The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study. *American Journal of Public Health*, 100(3), 452-459. doi: 10.2105/AJPH.2009.168815
- Healy, G., Kirton, G. et Noon, M. (2011). Inequalities, intersectionality and equality and diversity initiatives: The conundrums and challenges of researching equality, inequalities and diversity *Equality, Inequalities and Diversity: Contemporary Challenges and Strategies* (p. 1-17). Hampshire, England: Palgrave Macmillan.
- Huebner, D. M. et Davis, M. C. (2005). Gay and bisexual men who disclose their sexual orientations in the workplace have higher workday level of salivary cortisol and negative affect. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(3), 260-267. doi: 10.1207/s15324796abm3003_10

- Human Rights Campaign. (2014a). Employment Non-Discrimination Act (H.R. 1755; S. 815) Consulté le 18 décembre 2014, de <http://www.hrc.org/resources/entry/employment-non-discrimination-act>
- Human Rights Campaign. (2014b). With Executive Order, Obama Takes His Place in History. *HRC Blog*. Consulté en ligne le 30 décembre 2014, de <http://www.hrc.org/blog/entry/with-executive-order-obama-takes-his-place-in-history>
- Hunt, G. et Rayside, D. (dir.). (2007). *Equity, Diversity, and Canadian Labour*. Toronto: University of Toronto Press.
- Hurley, M. C. (2007). Sexual orientation and legal rights. Ottawa: Parliamentary Information and Research Service.
- King, E. B. et Cortina, J. M. (2010). The social and economic imperative of lesbian, gay, bisexual, and transgendered supportive organizational policies. *Industrial and Organizational Psychology*, 3(1), 69-78. doi: 10.1111/j.1754-9434.2009.01201.x
- Madera, J. M. (2010). The cognitive effects of hiding one's homosexuality in the workplace. *Industrial & Organizational Psychology*, 3(1), 86-89. doi: 10.1111/j.1754-9434.2009.01204.x
- McDermott, E. (2006). Surviving in dangerous places: Lesbian identity performances in the workplace, social class and psychological Health. *Feminism & Psychology*, 16(2), 193-211. doi: 10.1177/0959-353506062977
- Meezan, W. et Martin, J. I. (2009). Doing valid research. Defining the population and sampling. *Handbook of Research with Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations*. New York: Routledge.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Mor Barak, M. E. (Ed.). (2005). *Managing Diversity: Toward a Globally Inclusive Workplace*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Morrison, M. (2011). Psychological health correlates of perceived discrimination among Canadian gay men and lesbian women. *Canadian Journal of Community Mental Health/Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 30(2), 81-98. doi: 10.7870/cjcmh-2011-0018
- Nadal, K. L. (2013). *That's so Gay! Microaggressions and the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Community*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nadal, K. L., Issa, M.-A., Leon, J., Meterko, V., Wideman, M. et Wong, Y. (2011). Sexual orientation microaggressions: "Death by a thousand cuts" for lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of LGBT Youth*, 8(3), 234-259. doi: 10.1080/19361653.2011.584204
- Nadal, K. L., Skolnik, A. et Wong, Y. (2012). Interpersonal and systemic microaggressions toward transgender people: Implications for counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6(1), 55-82. doi: 10.1080/15538605.2012.648583

- O'Neil, M. E., McWhirter, E. H. et Cerezo, A. (2008). Transgender identities and gender variance in vocational psychology: Recommendations for practice, social advocacy, and research. *Journal of Career Development*, 34(3), 286-308. doi: 10.1177/0894845307311251
- Ozeren, E. (2014). Sexual orientation discrimination in the workplace: A systematic review of literature. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 109(8), 1203-1215. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.12.613
- Paludi, M. A. (2011). *Understanding and Preventing Workplace Discrimination: Best Practices for Preventing and Dealing with Workplace Discrimination* (Vol. 2). Santa Barbara: Praeger.
- Paludi, M. A. (Ed.). (2012). *Managing Diversity in Today's Workplace: Strategies for Employees and Employers* (Vol. 1: Gender, Race, Sexual Orientation, Ethnicity, and Power). CA: Praeger.
- Parini, L., et Lloren, A. (2016, à paraître). Les discriminations envers les homosexuel-le-s dans le monde du travail: résultats d'une enquête en Suisse. *Travail genre et sociétés*.
- Parlement du Canada. (2011). Projet de loi C-279. Consulté le 1er mars 2014, de <http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=5127590&File=24&Language=F>
- Platt, L. F. et Lenzen, A. L. (2013). Sexual orientation microaggressions and the experience of sexual minorities. *Journal of Homosexuality*, 60(7), 1011-1034. doi: 10.1080/00918369.2013.774878
- Raeburn, N. C. (2004). *Lesbian and Gay Workplace Rights: Changing Corporate America from Inside Out*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Ragins, B. R. et Cornwall, J. M. (2001). Pink triangles: Antecedents and consequences of perceived workplace discrimination against gay and lesbian employees. *Journal of Applied Psychology*, 86(6), 1244-1261. doi: 10.1037//0021-9010.86.6.1244
- Ragins, B. R., Singh, R. et Cornwell, J. M. (2007). Making the invisible visible: Fear and disclosure of sexual orientation at work. *Journal of Applied Psychology*, 92(4), 1103-1118. doi: 10.1037/0021-9010.92.4.1103
- Rankine, J. (2011). The great, late lesbian and bisexual women's discrimination survey. *Journal of Lesbian Studies*, 5(1-2), 133-142. doi: 10.1300/J155v05n01_09
- Rivera, D. P., Nadal, K. L. et Fisher, L. D. (2012). Sexual orientation and gender identity microaggressions in the workplace. Dans M. A. Paludi (Ed.), *Managing Diversity in Today's Workplace: Strategies for Employees and Employers* (Vol. 1, p. 71-95). CA: Praeger.
- Rotondi, N. K., Bauer, G., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R. et Travers, A. (2011). Prevalence of and risk and protective factors for depression in female-to-male transgender Ontarians: Trans PULSE Project. *Canadian Journal of Community Mental Health/Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 30(135-155). doi: 10.7870/cjcmh-2011-0021
- Rotondi, N. K., Bauer, G. R., Travers, R., Travers, A., Scanlon, K. et Kaay, M. (2011). Depression in male-to-female transgender Ontarians: Results from the Trans

- PULSE Project. *Canadian Journal of Community Mental Health/Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 30(2), 113-133. doi: 10.7870/cjcmh-2011-0020
- Ryniker, M. R. (2008). Lesbians still face job discrimination. *Journal of Lesbian Studies*, 12(1), 7-15. doi: 10.1300/10894160802174235
- Sarno, E. et Wright, A. J. (2013). Homonegative microaggressions and identity in bisexual men and women. *Journal of Bisexuality*, 13(1), 63-81. doi: 10.1080/15299716.2013.756677
- Sasso, T., et Ellard-Gray, A. (2015). In & Out: Diverging Perspective on LGBT Inclusion in the Workplace (p. 40): Canadian Centre for Diversity and Inclusion and Pride at Work Canada.
- Schilt, K. (2006). Just one of the guys?: How transmen make gender visible at work. *Gender & Society*, 20(4), 465-490. doi: 10.1177/0891243206288077
- Schilt, K. et Connell, C. (2007). Do workplace gender transitions make gender trouble? *Gender, Work & Organization*, 14(6), 596-618. doi: 10.1111/j.1468-0432.2007.00373.x
- Sears, B. et Mallory, C. (2011). Documented Evidence of Employment Discrimination and Its Effects on LGBT People (p. 20). Los Angeles, CA: The Williams Institute.
- Sell, R. L. (1997). Defining and measuring sexual orientation: A review. *Archives of Sexual Behavior*, 26(6), 643-658. doi: 10.1023/a:1024528427013
- Shelton, K. et Delgado-Romero, E. A. (2011). Sexual orientation microaggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 210-221. doi: 10.1037/a0022251
- Smith, N.-G. et Ingram, K. M. (2004). Workplace heterosexism and adjustment among lesbian, gay, and bisexual individuals: The role of unsupportive interactions. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 57-67. doi: 10.1037/0022-0167.51.1.57
- Sue, D. W. (2010a). Microaggressive impact in the workplace and employment. Dans D. W. Sue (Ed.), *Microaggression in Everyday Life: Race, Gender, and Sexual Orientation* (p. 209-230). New Jersey: John Wiley et Sons, Inc.
- Sue, D. W. (2010b). *Microaggressions in Everyday Life: Race, Gender and Sexual Orientation*. Hoboken, NJ: John Wiley et Sons.
- Tejeda, M. J. (2006). Nondiscrimination policies and sexual identity disclosure: Do they make a difference in employee outcomes? *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 18(1), 45-59. doi: 10.1007/s10672-005-9004-5
- Thanem, T. et Wallenberg, L. (2014). Just doing gender? Transvestism and the power of underdoing gender in everyday life and work. *Organization*. doi: 10.1177/1350508414547559
- Tjepkema, M. 2008. Utilisation des services de santé par les gais, lesbiennes et les bisexuels au Canada. *Rapports sur la Santé* (Statistique Canada, no 82-003), 19(1), 57-70.

- Trans Equality Society of Alberta. (2015). *FACT PAGE - Human Rights Across Canada*. Consulté le 2 septembre 2015, de <http://www.thesaonline.org/human-rights-across-canada.html>
- Warner, T. (2002). *Never Going Back: A History of Queer Activism in Canada*. Toronto: Toronto University Press.
- Woodford, M. R., Han, Y., Craig, S., Lim, C. et Matney, M. M. (2014). Discrimination and mental health among sexual minority college students: The type and form of discrimination does matter. *Journal of Gay et Lesbian Mental Health*, 18(2), 142-163. doi: 10.1080/19359705.2013.833882
- Worthen, M. G. F. (2013). An argument for separate analyses of the attitudes toward lesbian, gay, bisexual men, bisexual women, MtF and FtM transgender individuals. *Sex Roles*, 68, 703-723. doi: 10.1007/s11199-012-0155-1
- Wright, A. J. et Wegner, R. T. (2012). Homonegative microaggressions and their impact on LGB individuals: A measure validity study. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6(1), 34-54. doi: 10.1080/15538605.2012.648578

Les enjeux de santé mentale chez les aînés gais et lesbiennes

Julie Beauchamp^a

Line Chamberland^b

RÉSUMÉ La plupart des gais et lesbiennes aînés ont été marqués dans leur trajectoire de vie par des expériences de discrimination et de stigmatisation reliées à leur orientation sexuelle. Ces expériences négatives peuvent avoir eu des impacts sur leur parcours de vie et sur leur santé mentale. Même si, actuellement, la majorité des aînés gais et lesbiennes ont et maintiennent une bonne santé mentale, il ressort des études que les personnes non hétérosexuelles sont plus à risque de développer certains problèmes tels que l'anxiété, la dépression, les idéations suicidaires et la consommation excessive d'alcool et d'autres substances. Cet article présente les facteurs pouvant fragiliser la santé mentale des aînés gais et lesbiennes, soit la victimisation et l'exposition à diverses formes de préjudices au cours du parcours de vie, la gestion continue du dévoilement ou de la dissimulation de l'orientation sexuelle, le degré d'homophobie intériorisée ainsi que la solitude; et les facteurs potentiels de protection tels que les capacités de résilience, le réseau social et le soutien social. Cet article conclut sur les implications quant à la prise en compte des besoins propres aux aînés gais et lesbiennes. Des recommandations sont mises de l'avant dans une perspective de reconnaissance des enjeux touchant les aînés gais et lesbiennes, et d'amélioration des services qui leur sont offerts.

-
- a. Étudiante au doctorat en sexologie, Université du Québec à Montréal (UQAM); ex-boursière du Programme stratégique de formation en recherche transdisciplinaire sur les interventions en santé publique: Promotion, Prévention et Politiques Publiques (4P) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ).
- b. Ph. D., professeure, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal (UQAM) – Titulaire de la Chaire de recherche sur l'homophobie.

MOTS CLÉS homosexualité, gais, lesbiennes, aînés, santé mentale, vieillissement, stigmatisation, résilience, réseau social, soutien social, homophobie intériorisée

The mental health issues among gay and lesbian elders

ABSTRACT Most gay and lesbian elders have experienced discrimination and stigmatization related to their sexual orientation in their life trajectory. These negative experiences may have had an impact on their life course and on their mental health. Even if the majority of gay and lesbian older adults actually have and maintain good mental health, studies show that non-heterosexual people are at a greater risk of developing certain difficulties, such as anxiety, depression, suicidal thoughts and excessive consumption of alcohol and other substances. This article presents the factors that may weaken the mental health of older gay and lesbian people, such as victimization and the exposure to various forms of prejudice in their life course, the continuous management of the disclosure or dissimulation of their sexual orientation, the degree of internalized homophobia, as well as loneliness; and also presents the potential protective factors, such as building resilience, social networks and social support. This article concludes by illustrating the implications concerning the specific needs of the gay and lesbian elders. Some recommendations are also formulated with regards to recognizing the issues affecting gay and lesbian older adults as well as improving the services that are offered to them.

MOTS CLÉS homosexuality, gays and lesbians, aging, mental health, stigmatization

Introduction

Les gais et lesbiennes qui font partie de la génération des aînés ont traversé des périodes historiques caractérisées par des changements majeurs des attitudes envers l'homosexualité. Avant les années 1970, celle-ci était réprouvée de toutes parts, sanctionnée à la fois comme un crime, une maladie et un péché. Au Canada, les comportements homosexuels ayant lieu en privé entre adultes consentants ont été décriminalisés en 1969 (Smith, 2011). En 1973, l'homosexualité comme déviance sexuelle fut retirée du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-II), mais le diagnostic de l'homosexualité égodystonique, applicable aux personnes éprouvant des malaises ou perturbées par leur orientation sexuelle, ne fut éliminé qu'en 1987 (Drescher, 2010). Cinq ans plus tard, soit en 1992, l'Organisation mondiale de la santé décidait à son tour de retirer l'homosexualité de la

Classification internationale des maladies (Drescher, 2010). La laïcisation des institutions a affaibli le poids du religieux dans la définition des normes sexuelles. Au cours des deux dernières décennies, des changements politiques et législatifs ont progressivement mis fin à des années de discrimination légale, en octroyant l'égalité de droit aux personnes homosexuelles et en reconnaissant leurs réalités conjugales et familiales, notamment avec la loi sur l'union civile et les nouvelles règles de filiation adoptées au Québec en 2002 et la loi canadienne donnant accès au mariage aux conjoints de même sexe en 2005 (Corriveau, 2006). De telles transformations à la fois reflètent et contribuent à l'émergence d'un discours positif sur l'homosexualité.

La perspective du parcours de vie invite à examiner les expériences des aînés gais et lesbiennes dans leur globalité, à la fois sous l'angle individuel, comme un ensemble de trajectoires idiosyncrasiques survenues sur les plans développemental, identitaire, familial, conjugal, éducationnel, professionnel et résidentiel, et sous l'angle sociétal (Bessin, 2009 ; Cavalli, 2007). La plupart des gais et lesbiennes aînés ont été marqués dans leur trajectoire de vie par des perceptions et des expériences négatives reliées à leur orientation sexuelle. Dans un contexte hostile, voire menaçant, cacher son homosexualité n'était pas un choix, mais une façon de se protéger des conséquences dramatiques qui pouvaient advenir si celle-ci devenait connue (Knauer, 2009). Aujourd'hui, un enjeu majeur qui concerne cette population est son invisibilité sociale que l'on peut attribuer à une convergence de facteurs (Auger et Krug, 2013 ; Blando, 2001 ; Shankle, Maxwell, Katzman et Landers, 2003). La discrimination et la stigmatisation y ont certes contribué en incitant plusieurs gais et lesbiennes aînés à dissimuler ou taire leur orientation sexuelle, en particulier hors du cadre de leur vie privée (Addis, Davies, Greene, McBride-Stewart et Shepherd, 2009 ; Brotman, Ryan et Cormier, 2003 ; Knauer, 2009). Pour plusieurs, les appréhensions d'un rejet, d'une subtile mise à distance, d'un traitement inquiétant demeurent présentes. D'autre part, l'hétérosexisme et l'âgisme entretiennent l'occultation de leurs réalités. L'idéologie hétérosexiste se traduit au quotidien par la présomption d'hétérosexualité dans les interactions sociales : une personne est considérée comme hétérosexuelle à moins de dévoiler son homosexualité à chaque nouvelle occasion, ce qui va à l'encontre des habitudes de prudence et de discrétion acquises au fil des ans par nombre d'aînés gais et lesbiennes (Chamberland et Petit, 2009). L'âgisme nourrit des préjugés persistants quant à l'asexualité des aînés, surtout parmi les cohortes les plus âgées,

et entretient le tabou sur les interrogations concernant les formes d'expression affectives et sexuelles chez les personnes de ce groupe d'âge (Brotman *et al.*, 2003 ; Knauer, 2009 ; Price, 2005).

Une conséquence majeure de l'invisibilité sociale des gais et lesbiennes aînées est la faible prise en compte de leurs trajectoires particulières et de leurs besoins propres dans les services institutionnels et communautaires s'adressant à la cohorte des aînées, de même que dans les activités offertes dans les milieux gais et lesbiens, qui ne sont pas, eux-mêmes, exempts de préjugés âgistes. Cette situation est appelée à se transformer avec les changements démographiques en cours et avec l'arrivée d'une cohorte générationnelle ayant participé aux diverses luttes pour l'égalité, la reconnaissance des droits ou autour du VIH-sida. Il est difficile de chiffrer la part de la population aînée non hétérosexuelle dans la population totale : les estimations varient entre 4 % et 6 % selon l'Institute of Medicine (IOM, 2011) – soit de 2 à 6 millions de personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles (GLB) de plus de 65 ans aux États-Unis d'ici 2030 (Fredriksen-Goldsen et Muraco, 2010) – à 10 % selon Auger et Krug (2013). Quoi qu'il en soit, le poids relatif des aînées gais et lesbiennes va s'accroître avec le vieillissement de la population. La composition de la cohorte des personnes de 65 ans et plus sera transformée avec l'avancée en âge d'une génération homosexuelle plus affirmée sur le plan identitaire et plus revendicatrice sur le plan politique.

Les études sur la santé et le bien-être des aînées gais et lesbiennes sont récentes et peu nombreuses. En ce qui concerne le Québec et le Canada, il n'existe pas de données populationnelles ni d'études se basant sur des échantillons vastes et diversifiés. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes menée par Statistique Canada vise à recueillir des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de santé de la population canadienne. Une mesure de l'orientation sexuelle faisant appel à l'auto-identification y a été ajoutée en 2003, mais elle s'applique seulement aux répondants et répondantes de 18 à 59 ans (Chamberland, Beaulieu-Prévost, Julien, N'Bouké et de Pierrepont, 2012). Cependant, plusieurs recherches menées principalement en Amérique du Nord, en Grande-Bretagne, en Irlande et en Australie se sont intéressées aux inégalités dans l'état de santé et dans l'accès aux services de santé en défaveur des aînées gais et lesbiennes, aux impacts de la stigmatisation et des discriminations vécues tout au long du parcours de vie, mais également au développement de capacités d'adaptation et de résilience suscep-

tibles d'amener cette population à mieux envisager les défis du vieillissement. Le présent article se penche sur les enjeux relatifs à la santé mentale qui ont émergé de la documentation scientifique sur les aînés gais et lesbiennes : l'état de santé mentale, les facteurs qui la fragilisent et ceux qui offrent une protection favorisant le maintien d'une bonne santé mentale, pour se terminer avec quelques recommandations afin de mieux répondre aux besoins des aînés gais et lesbiennes.

La santé mentale des aînés gais et lesbiennes : que sait-on ?

Selon les études disponibles, provenant principalement des États-Unis, la majorité des aînés gais et lesbiennes ont une bonne santé mentale (D'Augelli, Grossman, Hershberger et O'Connell, 2001; Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2011; Jessup et Dibble, 2012; Lévy *et al.*, 2012; Lyons, Pitts et Grierson, 2013; McCann, Sharek, Higgins, Sheerin et Glacken, 2013; Orel, 2004; Shippy, Cantor et Brennan, 2004). Le tableau 1 présente les caractéristiques des principales études citées dans cet article ainsi que leurs limites respectives. Dans une recherche menée par Grossman, D'Augelli et O'Connell (2001) auprès de 416 personnes GLB âgées de 60 à 91 ans en Amérique du Nord (18 sites de recherche aux États-Unis et 1 au Canada), 84 % des participants considèrent avoir une bonne santé mentale. L'enquête nationale de Fredriksen-Goldsen *et al.* (2011) auprès de 2 560 personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres (LGBT) de 50 à 95 ans vivant aux États-Unis révèle que la perception par les participants de leur état de santé mentale globale est positive et que 74 % d'entre eux sont satisfaits de leur vie.

Par ailleurs, des études portant sur des populations d'âge varié constatent que les personnes GLB sont plus à risque de développer des problèmes de santé mentale que la population hétérosexuelle en général (Addis *et al.*, 2009; Fredriksen-Goldsen, Kim, Barkan, Muraco et Hoy-Ellis, 2013; Meyer, 2003). King *et al.* (2008) concluent de leur revue systématique et de leur méta-analyse d'études portant sur la santé mentale des personnes GLB en comparaison des personnes hétérosexuelles (cohortes, cas témoins ou études transversales) que les risques de dépression, de troubles d'anxiété, de dépendance à l'alcool et à d'autres substances sont 1,5 fois plus élevés dans la population GLB comparativement à la population hétérosexuelle (tous âges confondus), alors que le risque de tentative de suicide est deux fois plus élevé. Il n'est donc pas étonnant de constater qu'une part appréciable des aînés GLB disent avoir éprouvé des problèmes de santé mentale au cours de

leur vie, principalement des épisodes de dépression et des pensées suicidaires (McCann *et al.*, 2013). De même, parmi les participants à l'enquête de Fredriksen-Goldsen *et al.* (2011), près du tiers disent avoir eu des symptômes de dépression et d'anxiété et 39 % des idéations suicidaires au cours de leur vie. Dans leur étude, Jenkins Morales, King, Hiler, Coopwood et Wayland (2014) estiment les proportions de personnes LGBT ayant probablement vécu une dépression à 15,3 % parmi la génération des baby-boomers et 12,1 % parmi la génération précédente, qualifiée de silencieuse.

Lorsque des problèmes de santé mentale se manifestent ou persistent avec l'avancée en âge chez les aînés gais et lesbiennes, ils demeurent similaires à ceux observés à l'âge adulte : dépression, anxiété, risque suicidaire, consommation excessive d'alcool et de substances, stress, auxquels s'ajoute le sentiment de solitude (Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2011 ; Grossman *et al.*, 2001 ; McCann *et al.*, 2013 ; Orel, 2004 ; Reisner *et al.*, 2011). Dans la recherche de Shippy *et al.* (2004), 30 % des participants rapportent des sentiments dépressifs alors que 10 % des participants à l'étude de Grossman *et al.* (2001) disent avoir eu des pensées suicidaires. Enfin, nous disposons d'une étude pancanadienne menée auprès d'un échantillon d'hommes gais et bisexuels âgés de 55 ans et plus. Parmi les 411 hommes gais et bisexuels, près des trois quarts qualifient leur santé mentale d'excellente ou de très bonne alors que 15 % rapportent au moins un problème de santé mentale. Les principales préoccupations rapportées en santé mentale touchent l'anxiété, la solitude et la dépression. Globalement, le portrait de santé mentale qui en ressort est plus positif chez les 65 ans et plus comparativement aux 55-64 ans (Lévy *et al.*, 2012).

Dans l'état actuel, les recherches demeurent trop fragmentaires pour que l'on puisse dresser un portrait précis de l'ampleur des problèmes de santé mentale chez les aînés gais et lesbiennes. Néanmoins, deux constats semblent se dégager : une majorité d'aînés gais et lesbiennes se perçoivent comme ayant une bonne santé mentale, alors qu'une minorité non négligeable, mais variable selon les études, rapportent des problèmes ou des préoccupations relatives à leur santé mentale. Les variations selon les études peuvent être attribuables aux biais d'échantillonnage ainsi qu'aux différentes catégories d'âges considérées.

TABLEAU 1

Liste des principales études citées

Auteurs, année de publication	Pays	Population (âge, orientation sexuelle, genre)	Méthodes/ Recrutement	Principales variables ou principaux thèmes	Limites méthodologiques
D'Augelli et Grossman (2001) D'Augelli et al. (2001) Grossman et al. (2001)	États-Unis (18 sites) Canada (1 site)	N = 416 A = 60-91 ans (m = 68,5) OS = 92 % gais et lesbiennes et 8 % bisexuels G = 71 % hommes et 29 % femmes	Questionnaire/ Organisations et groupes sociaux	Caractéristiques de santé mentale (estime de soi, solitude, homophobie intériorisée, risque de suicide), caractéristiques de santé physique, utilisation et abus de substances, réseau de soutien social, expériences de victimisation reliées à l'orientation sexuelle et les expériences avec le VIH/sida	- Échantillon de convenance - Critère de recrutement : auto-identification selon l'orientation sexuelle - Recrutement dans les organisations identifiées comme gaies
Fredriksen-Goldsen et al. (2011)	États-Unis	N = 2 560 A = 50-95 ans (m = 66,5 ans) OS = 61 % gais, 33 % lesbiennes, 5 %, bisexuels, 1 % queers/autres G = 62,9 % hommes, 37,2 % femmes, 6,8 % transgenres	Questionnaire/ Organisations	Caractéristiques générales, santé physique et mentale, satisfaction de la vie, qualité de la vie, conditions de santé, comportements de santé, dépistage de santé, accessibilité aux services de santé, divulgation, victimisation, discrimination, stigmatisation, caractéristiques de la prestation de soins et de la réception de soins et services nécessaires	- Échantillon de convenance - Critère de recrutement : auto-identification selon l'orientation sexuelle - Enquête de nature transversale, ce qui limite la possibilité de mesurer les relations temporelles entre les variables
Jenkins Morales et al. (2014)	États-Unis	N = 151 A = 50-79 (m = 59,2) OS = 49 % gais, 36,4 % lesbiennes, 7,3 % bisexuels, 7,3 % autres identifications G = 47,7 % hommes, 45,7 % femmes, 3,9 % transgenres (2 à l'extérieur des catégories)	Questionnaire en ligne/ Organisations	Barrières dans l'accessibilité aux services, divulgation de l'orientation sexuelle, expériences de violence et victimisation, et santé mentale	- Échantillon de convenance - Critère de recrutement : auto-identification selon l'orientation sexuelle - Recrutement dans les organisations LGBT - Le recrutement en ligne

Auteurs, année de publication	Pays	Population (âge, orientation sexuelle, genre)	Méthodes/ Recrutement	Principales variables ou principaux thèmes	Limites méthodologiques
Lévy <i>et al.</i> (2012)	Canada	N = 411 hommes gais et bisexuels A = 55-65 +	Questionnaire en ligne/ Organisations	Variables sociodémographiques, indicateurs de l'état de santé, préoccupations relatives à la santé et aux relations interpersonnelles	- Le recrutement en ligne : plus difficile de rejoindre les hommes plus âgés - Sous-représentation des hommes de 65 ans et plus
Lyons <i>et al.</i> (2013)	Australie	N = 415 hommes gais (99%) A = 40-60 +	Questionnaire en ligne/ Organisations et autres sites reliés	Variables démographiques, mesures de santé mentale positive et variables psychosociales	- Le recrutement en ligne ne rejoint pas les hommes gais sans accès à Internet - Enquête de nature transversale : impossibilité de déterminer les directions de la causalité
McCann <i>et al.</i> (2013)	Irlande	Questionnaire N = 144 A = 55-80 + (m = 60) OS = 61 % gais, 20% lesbiennes, 9% bisexuels, 6% ne s'identifient pas, 2% hétérosexuels, 2% autres G = 65% hommes, 27% femmes, 7% transgenres, 1% autres Entrevues N = 36 A = 55-74 OS = 22 gais, 13 lesbiennes, 1 bisexuel G = 22 hommes, 11 femmes, 2 transgenres, 1 autre	- Questionnaires par la poste ou par téléphone - Entrevues semi-dirigées/ Organisations	Questionnaire : variables démographiques, expérience de vie, orientation sexuelle et identité de genre, santé et bien-être, expériences dans les services et enjeux de santé mentale Entrevue : questions sur les expériences et les perceptions d'être une personne aînée LGBT en Irlande ainsi que sur la santé mentale	- Échantillon non probabiliste - Critère de recrutement : auto-identification selon l'orientation sexuelle - Sous-représentation des femmes et des personnes de 70 ans et plus

Auteurs, année de publication	Pays	Population (âge, orientation sexuelle, genre)	Méthodes/ Recrutement	Principales variables ou principaux thèmes	Limites méthodologiques
Orel (2004)	États-Unis	N = 26 A = 65-84 (m = 72,3) G et OS = 10 hommes gais, 13 femmes lesbiennes, 3 femmes bisexuelles	Groupes de discussion et entrevues/ Organisations	Besoins et préoccupations en tant que personnes aînées GLB et leur degré de satisfaction vis-à-vis des prestataires de services	- Échantillon de convenance - Critère de recrutement : auto-identification selon l'orientation sexuelle - Faible nombre de participants dans les groupes de discussion - Autosélection : souvent dépendant du degré d'activité et de participation dans la communauté GLB
Shippy <i>et al.</i> (2004)	États-Unis	N = 233 hommes gais A = 50-82 (m = 62)	Questionnaire/ Organisations	Caractéristiques sociodémographiques, satisfaction de la vie, santé, prestation des soins, besoins personnels et réseau social et de soutien social	- Échantillon de convenance - Échantillon constitué d'hommes gais relativement jeunes (m = 62)

Les facteurs affectant négativement la santé mentale

La théorie du stress découlant d'un statut minoritaire (*minority stress*), élaborée par Meyer (2003, 2007), propose un cadre d'analyse des écarts en santé mentale entre les personnes GLB et les personnes hétérosexuelles en identifiant des facteurs pouvant engendrer un stress chronique chez les personnes dont l'orientation sexuelle ne se conforme pas aux attentes culturelles hétérosexistes : d'une part, les facteurs externes, c.-à-d. ceux relatifs à la victimisation et à l'exposition à diverses formes de préjudices, d'autre part, les facteurs internes, c.-à-d. ceux référant aux dimensions subjectives telles que l'homophobie intériorisée et la gestion continue du dévoilement ou de la dissimulation de l'orientation sexuelle dans les différentes sphères de vie. Le cumul de tels facteurs crée des environnements stressants pour les personnes GLB et affecte leur bien-être, pouvant ainsi mener au développement de problèmes de santé mentale (Chamberland et Petit, 2009 ; Fish, 2010 ; IOM, 2011). Pour sa part, de Vries (2015) propose de

distinguer trois formes de stigmatisation : la stigmatisation réelle ou vécue (*enacted stigma*) qui se traduit par des comportements et des manifestations homophobes tels que le rejet, les préjugés ou la violence ; la stigmatisation ressentie (*felt stigma*) correspondant aux effets des expériences négatives antérieures vécues ou observées reliées à l'orientation sexuelle et qui se reflètent dans l'adoption de comportements de protection pour prévenir la stigmatisation anticipée ; et la stigmatisation intériorisée (*internalized stigma*) qui réfère à l'homophobie intériorisée.

Les recherches démontrent que la majorité des aînés gais et lesbiennes ont connu des expériences de stigmatisation et de discrimination en lien avec leur orientation sexuelle pendant leur parcours de vie. Les participants à l'étude de Grossman *et al.* (2001) rapportent avoir subi diverses formes de violence dans le passé : insultes verbales (63 %), menaces de violence (29 %), voies de fait (16 %) et avec une arme (12 %), discrimination au travail (20 %), menace de dévoilement de leur orientation sexuelle (*outing*) (29 %). Les résultats sont similaires dans l'étude irlandaise de McCann *et al.* (2013) qui prend également en compte la violence conjugale et la violence sexuelle rapportées par respectivement 16 % et 7 % de leurs participants. Ces violences peuvent avoir été répétées. Selon l'enquête de Fredriksen-Goldsen *et al.* (2011), les deux tiers des participants ont été discriminés ou victimisés au moins trois fois au cours de leur vie. Selon l'étude de Jenkins Morales *et al.* (2014), dans la majorité des cas, les expériences de violence et de discrimination n'ont pas été rapportées aux autorités. Les personnes ayant dévoilé leur orientation sexuelle plus tôt dans leur vie sont davantage enclines à avoir vécu des expériences de discrimination, de stigmatisation et de harcèlement (D'Augelli et Grossman, 2001 ; Jenkins Morales *et al.*, 2014). Il ressort également de l'étude de D'Augelli et Grossman (2001) que la santé mentale des aînés GLB ayant été attaqués physiquement en raison de leur orientation sexuelle est plus fragile. Selon Koh et Ross (2006), le développement de symptômes psychiatriques n'est pas lié à l'orientation sexuelle en soi, mais à la stigmatisation. L'affirmation vis-à-vis des autres peut être vue comme une mesure indirecte du degré de confort par rapport à son orientation sexuelle, mais elle expose également à la stigmatisation. Ces résultats montrant l'ampleur des expériences de victimisation vécues par les aînés gais et lesbiennes dans leur parcours de vie appuient la théorie de Meyer selon laquelle la prévalence de problèmes de santé mentale est attribuable à l'accumulation de stressors sociaux liés à l'orientation sexuelle (Meyer, 2003). Outre celle de D'Augelli et Grossman (2001), il manque toutefois

d'études qui permettraient d'analyser plus en profondeur les effets persistants au cours de la vieillesse de la stigmatisation vécue dans le passé, de même que les facteurs pouvant en atténuer les répercussions négatives. De plus, selon D'Augelli et Grossman (2001), font aussi défaut les études explorant à quel âge ou à quel stade de la vie la victimisation reliée à l'orientation sexuelle a le plus d'impact négatif.

L'acceptation de son orientation sexuelle ainsi que la gestion de son dévoilement ou de sa dissimulation peuvent également avoir des impacts sur la santé mentale. Dans l'étude de Lévy *et al.* (2012) chez les hommes gais et bisexuels de 55 ans et plus, l'acceptation de l'orientation sexuelle ainsi que la peur qu'elle soit découverte constituent des préoccupations de santé importantes pour près de 20 % des participants. De même, constatent Chamberland et Petit (2009) dans leur recension des études sur les lesbiennes âgées, ces dernières doivent composer avec les jugements intériorisés qui réprouvent le lesbianisme et les craintes d'être étiquetées, ce qui entraîne des difficultés d'ajustement qui se traduisent par des indices de précarité sur le plan de la santé mentale (faible estime de soi, niveau élevé de détresse psychologique, idées suicidaires) et des comportements à risque, telle la consommation d'alcool ou de drogue. La gestion de la divulgation ou non de son orientation sexuelle est un processus continu qui perdure tout au long de la vie. Les répercussions peuvent être dramatiques lors d'un événement comme la perte d'un conjoint ou d'une conjointe, particulièrement quand la relation n'était pas ouvertement connue (Orel, 2004). À ce sujet, McCann *et al.* (2013) ont constaté que certains des participants ressentaient que leur deuil n'était pas véritablement reconnu par la famille, les amis et la communauté plus large, et que cette non-reconnaissance se répercutait sur leur santé mentale.

D'autre part, le sentiment de solitude peut affecter la santé mentale des aînés gais et lesbiennes et il semble que le degré d'homophobie intériorisée peut intensifier ce sentiment (Jacobs et Kane, 2012). La faible intensité de la vie sociale et la solitude ressentie font partie des difficultés fréquemment rapportées par les aînés GLB (Grossman *et al.*, 2001). Selon l'étude de Jenkins Morales *et al.* (2014), la majorité des baby-boomers (58,5 %) et des aînés de la génération silencieuse (65,7 %) disent manquer « parfois » ou « souvent » de compagnie, et respectivement 21,2 % et 9,4 % d'entre eux se sentent « souvent » exclus. La solitude préoccupe plus du quart des répondants de l'enquête canadienne auprès des hommes gais et bisexuels de 55 ans et plus (Lévy *et al.*, 2012). Le sentiment de solitude et les symptômes dépressifs seraient égale-

ment associés au fait d'avoir vécu des expériences de victimisation antérieurement (Grossman *et al.*, 2001; Jenkins Morales *et al.*, 2014). Il faut rappeler que les gais et les lesbiennes vieillissants sont plus nombreux à vivre seuls que les hommes et les femmes hétérosexuels (Addis *et al.*, 2009), qu'un grand nombre n'ont pas eu d'enfants et qu'un réseau de soutien social restreint pourrait augmenter leur risque de vivre de la solitude et de l'isolement social (Shippy *et al.*, 2004). En somme, concluent Fredriksen-Goldsen et Muraco (2010) dans leur recension de la documentation scientifique, la solitude, une faible estime de soi, l'homophobie intériorisée et la victimisation – passée, actuelle ou anticipée – en raison de l'orientation sexuelle sont des prédicteurs d'une santé mentale fragile.

Les facteurs de protection : résilience, réseau social et soutien social

Des études ont suggéré une série de facteurs associés à une bonne santé mentale chez les gais et lesbiennes aînés et offrant un potentiel de protection contre les effets négatifs de la stigmatisation, entre autres : revenus élevés et sécurité financière, occupation d'un emploi à temps plein, bonne santé physique, bon fonctionnement cognitif, estime positive de soi, capacités de résilience, vision positive de son orientation sexuelle (ou faible degré d'homophobie intériorisée), être en couple, avoir des amis proches, présence d'un réseau social, disponibilité du soutien social, implication dans la communauté LGBT, vivre peu de solitude, croire que le public a une opinion positive vis-à-vis des homosexuels et ne pas avoir vécu de discrimination dans la dernière année (Brown, Alley, Sarosy, Quarto et Cook, 2001; D'Augelli *et al.*, 2001; Grossman *et al.*, 2001; Jones et Nystrom, 2002; Lyons *et al.*, 2013). On l'aura constaté, cette liste inclut à la fois des facteurs généraux qui ne sont pas propres aux personnes GLB et des facteurs qui leur sont propres (p. ex. homophobie intériorisée) ou dont la concrétisation prend des formes qui leur sont particulières, comme les attitudes de la population à leur égard. Nous aborderons dans les paragraphes suivants les enjeux relatifs aux capacités d'adaptation et de résilience des aînés gais et lesbiennes ainsi qu'au maintien d'un réseau social.

En premier lieu, il faut souligner, et de nombreuses études l'ont démontré, que les aînés gais et lesbiennes ont développé des capacités d'adaptation et de résilience (*crisis competence*) relativement aux événements dramatiques qu'ils peuvent avoir vécus, tels que les expériences

de discrimination, et pour réduire les tensions liées au processus du *coming out*. C'est sans doute là une des pistes d'explication du constat de plusieurs études, à savoir qu'une large majorité se disent généralement heureux au cours du vieillissement (Butler, 2004; de Vries, 2015; Fredriksen-Goldsen et Muraco, 2010; Friend, 1991; Metlife, 2010; Morrow, 2001). Ces capacités acquises au long du parcours de vie peuvent aider les aînés gais et lesbiennes à maintenir une bonne santé mentale et à surmonter les difficultés souvent associées au vieillissement, y compris pour les hommes vivant avec le VIH (Butler, 2004; Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2011; McCann *et al.*, 2013; Metlife, 2010; Orel, 2004; Wallach, 2011). Des entrevues auprès d'hommes québécois de 50 à 71 ans vivant avec le VIH ont mis en évidence sept dimensions de cette résilience: la maturité, l'acceptation de soi, l'autonomie, les épreuves surmontées, l'appréciation de la valeur de la vie, l'attitude positive et le sentiment d'être chanceux (Wallach, 2011). Selon l'étude de King et Orel (2012) auprès de 316 hommes gais de 45 à 85 ans, dont 38 vivant avec le VIH, un niveau plus élevé de résilience est associé à moins de problèmes de santé mentale alors qu'un niveau plus faible est corrélé à davantage de besoins de santé non satisfaits et à un report dans la recherche de services de santé physique ou mentale. Encore une fois, l'analyse montre que la stigmatisation et l'homophobie intériorisée affectent négativement le niveau de résilience.

Par ailleurs, plusieurs recherches ont déjà démontré l'importance de la famille de choix, des amis, du réseau social et du soutien social dans la vie des aînés gais et lesbiennes comme des éléments contribuant à leur santé et à leur bien-être (de Vries et Megathlin, 2009; Grossman *et al.*, 2001; Lyons *et al.*, 2013; Masini et Barrett, 2008; Shippy *et al.*, 2004). Fredriksen-Goldsen *et al.* (2012) avancent que l'étendue du réseau social et la disponibilité du soutien constituent des facteurs potentiels de protection pouvant diminuer les symptômes de dépression. Ces constats n'étonnent pas en soi, mais le maintien d'un réseau familial et social pose des défis uniques pour les aînés gais et lesbiennes compte tenu des possibles ruptures antérieures de liens sociaux et des préjugés persistants à leur égard, notamment dans leur propre cohorte générationnelle. D'autres études font ressortir certaines particularités du soutien social en rapport avec l'orientation sexuelle. Ainsi, selon l'étude de Grossman *et al.* (2001), la solitude ressentie est à l'inverse de la grandeur du réseau de soutien social et la connaissance de l'orientation sexuelle par les membres de ce réseau accroît la satisfaction quant au soutien reçu. D'autre part, les recherches montrent que la

présence d'un conjoint ou d'une conjointe engendre des impacts positifs relativement à la solitude, à l'homophobie intériorisée, à l'étendue du réseau social ainsi qu'à la connaissance de l'orientation sexuelle par les membres de ce réseau, ce qui rejaillit sur le sentiment de bien-être et la santé mentale (Chamberland et Petit, 2009; Grossman *et al.*, 2001). La communauté LGBT pourrait aussi jouer un rôle phare auprès de la population gaie et lesbienne vieillissante en lui offrant des services et des programmes adaptés à ses réalités (Fredriksen-Goldsen et Muraco, 2010; Shippy *et al.*, 2004). Selon l'évaluation d'un programme d'intervention visant à réduire le risque de transmission du VIH ayant ciblé des hommes gais vieillissants (40 ans et plus) et présentant des symptômes de dépression, d'anxiété et de solitude, il ressort que le développement d'un réseau de soutien social contribue à réduire les symptômes de dépression, d'anxiété sociale et de solitude des participants (Reisner *et al.*, 2011).

Ce portrait, général et non exhaustif, rend compte de la complexité des enjeux de santé mentale chez les aînés gais et lesbiennes. Il est important de souligner que des limites méthodologiques ont été soulevées dans les recherches présentées (voir Tableau 1). Une première limite concerne l'échantillonnage: toutes les études recensées font appel à des échantillons de convenance, donc non représentatifs de l'ensemble de la population des aînés gais et lesbiennes. Les modes de recrutement favorisent l'autosélection des participants et des biais peuvent en découler. Ainsi, le recrutement à travers des organisations LGBT rejoint en premier lieu les personnes présentes ou actives dans ces organisations, donc moins isolées socialement. Quant au recrutement en ligne, il rejoint plus difficilement les personnes aînées, en particulier les plus âgées, n'ayant pas accès ou peu familières avec Internet. En second lieu, le critère de recrutement le plus souvent retenu est celui de l'auto-identification selon l'orientation sexuelle, ce qui peut exclure des personnes ayant des comportements homosexuels, mais ne s'identifiant pas comme telles ou n'endossant pas les termes «gai» ou «lesbienne». Enfin, l'enquête transversale ne permet pas de saisir les phénomènes dans leur évolution temporelle. Dans l'ensemble, le faible nombre d'études empiriques, en particulier au Québec, permet difficilement d'affiner le portrait offert. Il faut donc insister sur la diversité des expériences, des parcours de vie et des ressources de ces aînés.

Implications et recommandations

Les différentes formes de discrimination et de stigmatisation sur la base de l'orientation sexuelle ainsi que le stress lié au processus de divulgation/dissimulation de l'orientation sexuelle peuvent également avoir des effets sur l'accès aux services sociaux et de santé par les aînés gais et lesbiennes, de même que sur la prise en compte de leurs besoins par le personnel médical et professionnel (Addis *et al.*, 2009 ; Brotman *et al.*, 2003 ; IOM, 2011 ; Jessup et Dibble, 2012 ; Knauer, 2009 ; McCann *et al.*, 2013 ; Orel, 2004). Un constat récurrent dans les recherches sur l'accessibilité et l'adaptation des services offerts dans divers types de milieux est celui de l'hétérosexisme qui sévit dans le système de santé (Fish, 2006). Que ce soit dans les grandes villes (Brotman *et al.*, 2006 ; Brotman *et al.*, 2007 ; Sussman *et al.*, 2013) ou dans les communautés rurales (Knochel, Quam et Croghan, 2011), il semble que la plupart des fournisseurs de services aux aînés ne perçoivent pas de différences entre les clients hétérosexuels et non hétérosexuels, tout en mettant l'accent sur la nécessité de traiter tout le monde sur le même pied d'égalité. Cependant, le fait qu'ils soient peu sensibilisés par rapport aux parcours de vie des aînés gais et lesbiennes et qu'ils hésitent à aborder ouvertement les questions d'identité et de sexualité limite leur capacité de répondre adéquatement à leurs besoins en tenant compte de la spécificité de leur réseau familial et social. Les présomptions hétérosexistes ne favorisent guère la divulgation de l'orientation sexuelle ni la mise en place d'un cadre de communication accueillant et soutenant. La combinaison de l'âgisme et de l'hétérosexisme peut compromettre l'accès des aînés gais et lesbiennes à des ressources adaptées à leurs réalités et à leurs parcours de vie non seulement dans le système de santé, mais aussi dans leur communauté de vie, ce qui peut nuire à la prévention, retarder l'établissement d'un diagnostic et d'un traitement, ou encore entraîner le refus de tout recours à un service ou de toute demande d'aide (Jessup et Dibble, 2012). Ces contraintes à l'accessibilité des services peuvent à leur tour entraîner l'aggravation de problèmes de santé physique et mentale chez les aînés GLB (Brotman *et al.*, 2003). D'autre part, les aînés gais et lesbiennes ont exprimé des inquiétudes quant à leur acceptation et leur traitement dans les résidences pour aînés (Brotman *et al.*, 2003 ; Hughes, 2008 ; Orel, 2004 ; Stein, Beckerman et Sherman, 2010), et ces craintes peuvent s'amplifier avec la fragilisation de l'état de santé et la diminution des capacités.

Il ressort de recherches américaines que les programmes de formation sur les expériences de vie et les besoins des aînés gais et lesbiennes offerts dans les organisations publiques de santé ont des impacts positifs sur le développement des compétences culturelles des praticiens, en favorisant une meilleure compréhension des disparités en matière de santé, une connaissance des ressources LGBT et l'adoption de comportements préconisant des environnements respectueux et inclusifs pour les aînés non hétérosexuels (Hardacker, Rubinstein, Hotton et Houlberg, 2014; Porter et Krinsky, 2014). Jacobs et Kane (2012) proposent plusieurs recommandations pour améliorer la formation des intervenants auprès des hommes gais et bisexuels aînés. Selon eux, une meilleure connaissance du contexte sociohistorique dans lequel ceux-ci ont vécu et des impacts de l'homophobie intériorisée, en particulier chez les hommes vieillissants, leur permettrait de concevoir des stratégies visant à changer leurs perceptions et leurs attitudes négatives vis-à-vis de leur orientation sexuelle. Les intervenants formés seraient également plus aptes à encourager l'acquisition de compétences et le développement de stratégies d'adaptation permettant de diminuer le sentiment de solitude des aînés gais. Ces recommandations sont en cohérence avec celles de King et Orel (2012) qui mettent l'accent sur une meilleure compréhension par les intervenants et les praticiens des effets de l'homophobie intériorisée sur l'accessibilité et l'utilisation des services, mais également sur l'identification de stratégies de résilience afin d'accroître le recours aux services et d'améliorer l'état de santé.

En dernier lieu, ce portrait général laisse entrevoir que les lacunes sont nombreuses sur le plan de la connaissance et qu'il importe de poursuivre des études portant sur les enjeux de santé mentale chez les aînés gais et lesbiennes afin de mieux comprendre les facteurs de stress et de protection pouvant affecter leur santé mentale au cours du vieillissement.

Références

- Addis, S., Davies, M., Greene, G., MacBride-Stewart, S. et Shepherd, M. (2009). The health, social care and housing needs of lesbian, gay, bisexual and transgender older people: A review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 17(6), 647-658. doi:10.1111/j.1365-2524.2009.00866.x
- Auger, J. A. et Krug, K. (dir.) (2013). *Under the Rainbow: A Primer on Queer Issues in Canada*. Halifax et Winnipeg: Fernwood Publishing.
- Bessin, M. (2009). Parcours de vie et temporalités biographiques: quelques éléments de problématique. *Informations sociales*, 6(156), 12-21.

- Blando, J. A. (2001). Twice hidden: Older gay and lesbian couples, friends and intimacy. *Generations*, 25(2), 87-89.
- Brotman, S., Ryan, B. et Cormier, R. (2003). The health and social service needs of gay and lesbian elders and their families in Canada. *The Gerontologist*, 43, 192-202.
- Brotman, S., Ryan, B., Meyer, E., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Peterkin, A. et Richards B. (2006). *Les besoins en santé et services sociaux des aînés gais et lesbiennes et de leurs familles au Canada - Rapport synthèse*. Montréal: École de service social de McGill.
- Brotman, S., Ryan, B., Collins, S., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Meyer, E., Peterkin, A. et Richard, B. (2007). Coming out to care: Caregivers of gay and lesbian seniors in Canada, *The Gerontologist*, 47(4), 450-503.
- Brown, L. B., Alley, G. R., Sarosy, S., Quarto, G. et Cook, T. (2001). Gay men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 13(4), 41-54. doi:10.1300/J041v13n04_06
- Butler, S. S. (2004). Gay, lesbian, bisexual, and transgender (GLBT) elders. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 9(4), 25-44. doi:10.1300/J137v09n04_02
- Cavalli, S. (2007). Modèle de parcours de vie et individualisation. *Gérontologie et société*, 123, 55-69.
- Chamberland, L., Beaulieu-Prévost, D., Julien, D., N'Bouké, A. et de Pierrepont, C. (2012). *Portrait sociodémographique et de santé des populations LGB au Québec – Analyse secondaire des données de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes*. Montréal: Chaire de recherche sur l'homophobie, Université du Québec à Montréal.
- Chamberland, L. et Petit, M.-P. (2009). Le vieillissement chez les lesbiennes: y a-t-il des enjeux spécifiques? Dans M. Charpentier et A. Quéniart (dir.), *Vieilles et après! Femmes, vieillissement et société* (p. 107-136). Montréal: Les éditions du remue-ménage.
- Corriveau, P. (2006). *La répression des homosexuels au Québec et en France – Du bûcher à la mairie*. Québec, Canada: Septentrion.
- D'Augelli, A. R. et Grossman, A. H. (2001). Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among older lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of interpersonal violence*, 16(10), 1008-1027. doi:10.1177/088626001016010003
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Hershberger, S. L. et O'connell, T. S. (2001). Aspects of mental health among lesbian, gay, and bisexual adults. *Aging & Mental Health*, 5(2), 149- 158. doi:10.1080/13607860120038366
- de Vries, B. et Megathlin, D. (2009). The meaning of friendship for gay men and lesbians in the second half of life. *Journal of GLBT Family Studies*, 5(1-2), 82-98. doi: 10.1080/15504280802595394
- de Vries, B. (2015). Stigma and LGBT aging: Negative and positive marginality. Dans A. Orel et C. A. Fruhauf (dir.), *The lives of LGBT older adults: Under-*

- standing challenges and resilience* (p. 55-71). Washington: American Psychological Association.
- Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 427-460. doi:10.1007/s10508-009-9531-5
- Fish, J. (2006). *Heterosexism in Health and Social Care*. Hampshire/New York: Palgrave/Macmillan.
- Fish, J. (2010). Conceptualising social exclusion and lesbian, gay, bisexual, and transgender people: The implications for promoting equity in nursing policy and practice. *Journal of Research in Nursing*, 15(4), 303-312. doi:10.1177/1744987110364691
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.-J., Barkan, S. E., Muraco, A., et Hoy-Ellis, C. P. (2013). Health disparities among lesbian, gay and bisexual older adults: Results from a population-based study. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1802-1809.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Emlet, C. A., Kim, H.-J., Muraco, A., Erosheva, E. A., Goldsen, J. et Hoy-Ellis, C. P. (2012). The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: The role of key health indicators and risk and protective factors. *The Gerontologist*, 53(4), 664-675. doi:10.1093/geront/gns123
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.-J., Emlet, C. A., Muraco, A., Erosheva, E. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J. et Petry, H. (2011). *The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults*. Seattle: Institute for Multigenerational Health.
- Fredriksen-Goldsen, K. I. et Muraco, A. (2010). Aging and sexual orientation: A 25-year review of the literature. *Research on Aging*, 32(3), 372-413. doi:10.1177/0164027509360355
- Friend, R. A. (1991). Older lesbian and gay people: A theory of successful aging. *Journal of Homosexuality*, 20(3/4), 99-118.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., et O'Connell, T. S. (2001). Being lesbian, gay, bisexual, and 60 or older in North America. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 13(4), 23-40. doi: 10.1300/ J041v13n04_05
- Hardacker, C. T., Rubinstein, B., Hotton, A. et Houlberg, M. (2014). Adding silver to the rainbow: The development of the nurses' health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum. *Journal of Nursing Management*, 22, 257-266. doi:10.1111/jonm.12125
- Hughes, M. (2008). Imagined futures and communities: Older lesbian and gay people's narratives on health and aged care. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20(1-2), 167-186. doi:10.1080/10538720802179211
- Institute of Medicine. (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jacobs, R. J. et Kane, M. N. (2012) Correlates of loneliness in midlife and older gay and bisexual men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 24(1), 40-61. doi:10.1080/10538720.2012.643217

- Jenkins Morales, M., King, D., Hiler, H., Coopwood, M. S. et Wayland, S. (2014). The Greater St. Louis LGBT health and human services needs assessment: An examination of the silent and baby boom generations. *Journal of Homosexuality*, 61(1), 103-128. doi:10.1080/00918369.2013.835239
- Jessup, M. A. et Dibble, S. L. (2012). Unmet mental health and substance abuse treatment needs of sexual minority elders. *Journal of Homosexuality*, 59, 656-674. doi:10.1080/00918369.2012.665674
- Jones, T. C. et Nystrom, N. M. (2002). Looking back... looking forward: Addressing the lives of lesbians 55 and older. *Journal of Women & Aging*, 14(3-4), 59-76.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., et Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(70), 1-17. doi:10.1186/1471-244X-8-70
- King, S. D. et Orel, N. (2012). Midlife and older gay men living with HIV/AIDS: The influence of resiliency and psychosocial stress factors on health needs. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 24(4), 346-370. doi:10.1080/10538720.2012.721669
- Knauer, N. J. (2009). LGBT elder law: Toward equity in aging. *Harvard Journal of Law & Gender*, 32, 1-58.
- Knochel, K. A., Quam, J. K. et Croghan, C. F. (2011). Are old lesbian and gay people well served? Understanding the perceptions, preparation, and experiences of aging services providers. *Journal of Applied Gerontology*, 30(3), 370-389. doi:10.1177/0733464810369809
- Koh, A. S. et Ross, L. K. (2006). Mental health issues: A comparison of lesbian, bisexual and heterosexual women. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 33-57. doi:10.1300/J082v51n01_03
- Lévy, J. J., Adam, B., Blais, M., Chamberland, L., Dumas, J., Engler, K., Léobon, A., Ryan, B., Thoër, C. et Wells, K. (2012). Le vieillissement chez les hommes gais et bisexuels canadiens: un portrait de l'état de santé et des préoccupations relatives à la santé et aux relations interpersonnelles. *Frontières*, 25(1), 82-104. doi:10.7202/1018232ar
- Lyons, A., Pitts, M. et Grierson, J. (2013). Factors related to positive mental health in a stigmatized minority: An investigation of older gay men. *Journal of Aging and Health*, 25(7) 1159-1181. doi:10.1177/0898264313495562
- Masini, B. E. et Barrett, H. A. (2008). Social support as a predictor of psychological and physical well-being and lifestyle in lesbian, gay, and bisexual adults aged 50 and over. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20(1/2), 91-110. doi:10.1080/10538720802179013
- McCann, E., Sharek, D., Higgins, A., Sheerin, F. et Glacken, M. (2013). Lesbian, gay, bisexual and transgender older people in Ireland: Mental health issues. *Aging & Mental Health*, 17(3), 358-365. doi:10.1080/13607863.2012.751583
- MetLife Mature Market Institute. (2010). Out and aging: The MetLife Study of lesbian and gay baby boomers. *Journal of GLBT Family Studies*, 6(1), 40-57. doi: 10.1080/15504280903472949

- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. Dans I. N. Meyer. et M. Northbridge (dir.), *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender population* (p. 242-267). New York, États-Unis: Springer.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
- Morrow, D. F. (2001). Older gays and lesbians. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 13(1-2), 151-169.
- Orel, N. A. (2004). Gay, lesbian, and bisexual elders: Expressed needs and concerns across focus groups. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(2/3), 57-77. doi:10.1300/J083v43n02_05
- Porter, K. E. et Krinsky, L. (2014). Do LGBT aging trainings effectuate positive change in mainstream elder service providers? *Journal of Homosexuality*, 61(1), 197-216. doi:10.1080/00918369.2013.835618
- Price, E. (2005). All but invisible: Older gay men and lesbians. *Nursing Older People*, 17(4), 16-18.
- Reisner, S. L., O'Cleirigh, C., Hendriksen, E. S., McLain, J., Ebin, J., Lew, K., Callis, B., ... Mimiaga, M. J. (2011). "40 & Forward": Preliminary evaluation of a group intervention to improve mental health outcomes and address HIV sexual risk behaviors among older gay and bisexual men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 23(4), 523-545. doi:10.1080/10538720.2011.611113
- Shankle, M. D. Maxwell, C. A., Katzman, E. S. et Landers, S. (2003). An invisible population: Older lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals. *Clinical Research and Regulatory Affairs*, 20(2), 159-182. doi:10.1081/CRP-120021079
- Shippy R. A., Cantor M. H. et Brennan M. (2004). Social networks of aging gay men. *Journal of Men's Studies*, 13, 107-120.
- Smith, M. (2011). Canada: The power of institutions. Dans M. Tremblay, D. Paternotte et C. Johnson (dir.), *The Gay and Lesbian Movement and the State* (p. 73-87). Londres: Ashgate.
- Stein, G. L., Beckerman, N. L. et Sherman, P. A. (2010). Lesbian and gay elders and long-term care: Identifying the unique psychosocial perspectives and challenges. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(5), 421-435. doi:10.1080/01634372.2010.496478
- Sussman, T., Churchill M., Brotman, S., Chamberland, L., Daley, A., Dumas, J., MacDonnell, J., MacIntosh, H., Ryan, B., Enriquez, M. C., Heffernan, D., Henriques, A. et Singh, S. (2013). *Identifying barriers, developing solutions: Addressing the health and social needs of gay, lesbian, bisexual and transgender older adults who reside in long-term care homes. An environmental scan – Rapport de recherche*. Montréal: Université McGill, Université York et Université du Québec à Montréal.
- Wallach, I. (2011). « Je suis heureux d'avoir l'âge que j'ai »: la résilience des hommes gais âgés vivant avec le VIH au Québec. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 30(2), 157-171.

Les *RaeRae* et *Mahu* : troisième sexe polynésien

Emmanuel Stip^a

RÉSUMÉ Contexte Dans la société polynésienne/tahitienne, il existe une condition sociologique et anthropologique appelée *RaeRae* ou *Mahu*. Un *RaeRae* est un homme se comportant et se considérant comme une femme. Les *RaeRae* et *Mahu* sont des bons exemples de transsexualisme ou de transvestisme liés à la culture. Être *Mahu* a une signification culturelle, reconnue dans l'histoire de la société polynésienne, et n'est pas le synonyme d'une condition médicale ou psychiatrique. Être *RaeRae*, c'est pousser la transformation jusqu'à l'éventuelle hormonothérapie et la chirurgie, en conservant le rôle social traditionnel du *Mahu* mais en étant susceptible d'être influencé par les rencontres avec les phénomènes de prostitution et d'homosexualité à risque.

Revue de la documentation scientifique et méthode Recherche dans différentes sources (MedLine, PsycINFO, google scholar), y compris les thèses universitaires (source DUMAS) avec 20 références françaises et anglophones au total.

Résultats et contenus Nous décrivons le phénomène, le contextualisons et décrivons les hypothèses socioculturelles. Nous retenons une référence liée à une connaissance implicite des rituels polynésiens en particulier sur les sacrifices: ce qui permettait aux *Mahu* de ne pas subir le sacrifice dont les victimes étaient des hommes. Une discussion générale doit être envisagée autour du DSM-5 avec l'entité du transgenre. La description contribue à une réflexion sur les limites qu'il y a à considérer le genre comme binaire plutôt que comme un continuum non régi par la médicalisation et la psychologisation d'un élément de culture, identifiable d'ailleurs dans d'autres espaces culturels, dont ceux des Amérindiens.

MOTS CLÉS transgenre, *RaeRae*, *Mahu*, culture polynésienne, identité de genre

a. M.D., M. Sc., FRCPC, DFAPA, psychiatre, chercheur, CHUM – chercheur associé CR-IUSMM, CR-HSCM, Département de psychiatrie, Université de Montréal.

RaeRae and Mahu: third polynesian gender

ABSTRACT Background On numerous islands of the Pacific, under various names, there are people considered to be neither men nor women but half-men/half-women. In French Polynesia, there is a sociological and anthropological condition called *RaeRae* or *Mahu*. A *RaeRae* is a man who behaves as and considers himself to be a woman. *RaeRae* and *Mahu* are good examples of culture-bound transsexuality or cross-dressing. Being *Mahu* has a cultural meaning, recognized in the history of Polynesian society, and cannot be considered as a medical or psychiatric condition. Being *RaeRae* extends the transformation to possible hormone therapy and surgery; the traditional social role (education, tourism) of *Mahu* is retained but in some cases is influenced by prostitution and at-risk homosexuality.

Bibliographic sources and method We conducted a literature search using several medical, social, and anthropological bibliographic sources (MedLine, Google Scholar, PsycINFO, DUMAS). We used the terms *RaeRae*, *Mahu*, *Polynesian androphilia*, and *Polynesian sexuality*. We found 20 articles and theses. Some articles discuss a very similar condition in Samoa (*fa'afafine*). In addition, *Mahu* seems to be a derogatory term for a male homosexual or drag queen in the Hawaiian Islands.

Results and contents *RaeRae* and *Mahu* is broadly defined as men with sweetness [OK?] or women who are prisoners of men's bodies. There is evidence of their presence and social functions in ancient times. The arrival of the missionaries and Christian morality resulted in the emergence of a new moral and sexual order. *RaeRae* and *Mahu* remain present and visible today. They are integrated into local professional and cultural life and are accepted, as long as their sexuality remains unspoken and invisible, which is more difficult for *RaeRae*. We describe the phenomenon and its context and the sociocultural hypotheses. We retain a reference connected to tacit knowledge of Polynesian sacrificial rites: *Mahu* did not undergo sacrifices the victims of which had to be men. A general discussion must be envisaged concerning the DSM-5, transgender identity and stigmatization. For instance, in Hawaii, people who identify as transgender continue to suffer high rates of violence, sexual assault and discrimination. The description contributes to an investigation of the limits of considering gender as binary; rather, it is a continuum not governed by the medicalization and psychologization of a cultural feature, which is also recognizable in other cultural areas including among the Amerindians. Studying *RaeRae* and *Mahu* in Polynesia means agreeing to confront the binary concept that structures and divides the world into two categories of gender and sex, male and female, just like grammatical gender in French. Examples from other cultures include the *new half* in Japan, *muxe* or *muché* among the Zapotecs of Tehuantepec, *woubi* in Côte d'Ivoire, *femminielli* in Italy, *ladyboys* or *kathoey*s in Thailand, *natkadaw* in Myanmar, *hijra* in India and Pakistan, *khounta* in Arab Islamic culture, and in Canada and the USA, *agokwa* among the Ojibwa, and *ikoneta* in the Illinois language. *Mahu*, or transgendered individuals and transvestites, were in fact

viewed by the ancient Hawaiians as a normal element of the old social culture that preceded missionary days and American and French military missions. *Mahu* were not merely tolerated; they were regarded as a legitimate and contributory part of the ancient Polynesian community.

KEYWORDS transgender, *RaeRae*, *Mahu*, polynesian culture, gender identity

INTRODUCTION

Le binarisme n'est pas universel. Il marche bien en chimie, en informatique, en musique, en tatouage. Pourtant, entre le noir et le blanc, voici que l'on voit le gris. En peinture, cela peut exploser en couleurs comme avec Gauguin à Tahiti (Laudon, 2003). Pour parler du sexe, non pas des anges, mais de l'humain, cela explose aussi. Nous décrivons dans cet article un exemple de la primauté du genre sur le sexe : un mauvais titre sur une rencontre du troisième type : Le *RaeRae* et *Mahu*. La scène se passe dans le plus beau coin du monde, une carte postale, une usine à phantasmes, un éblouissement de bleus, de parfums, de perles, des raies manta et de *Pterois volitans*. La Polynésie française est un grand ensemble du Pacifique Sud composé de cinq archipels éloignés les uns des autres de manière extrême comparée aux villes de l'Abitibi : 4000 km² de terre dispersée sur presque 5 000 000 km² d'océan, 7000 km² de lagons (le Québec a une superficie de 1 667 441 km²). Même si son identité culturelle et naturelle saute aux yeux et est mise en évidence à partir de Tahiti, chaque archipel possède sa propre personnalité. Ce territoire d'outre-mer francophone qu'on nomme aujourd'hui Polynésie française fait lui-même partie du triangle polynésien, composition ethnique délimitée par Hawaï, l'île de Pâques et la Nouvelle-Zélande (Aotearoa en Maori). Les cinq archipels français se situent au cœur du triangle, entre l'équateur et le tropique du Capricorne et c'est en y accostant que j'y ai découvert les *RaeRae* et *Mahu* : aux Marquises, aux Tuamotu ; et au centre de l'ensemble dans l'archipel de la Société (il me manque les Gambiers). L'archipel de la Société, le plus connu, se compose de neuf îles et de cinq atolls et s'évoque en deux groupes au nom particulièrement suggestif : les îles du Vent, dont Tahiti, et les îles Sous-le-Vent, dont Bora Bora.

Plusieurs siècles avant notre ère débuta une fabuleuse migration. Les trois sommets du triangle et les terres de l'intérieur (les Tonga, les Cooks, les Samoa, Wallis et Futuna et la Polynésie française) furent

habités par de grands navigateurs venus de l'Asie du Sud-Est sur des pirogues doubles, ancêtres du catamaran. Ils bourlinguèrent en deux vagues successives issues chacune de deux groupes linguistiques, l'un papou, l'autre austronésien. Sur les îles abordées, encore vierges et pas nucléaires (Mururoa), ces individus développèrent leurs artéfacts et techniques, leurs croyances, leurs traditions, et fondèrent la culture polynésienne. Puis ils rencontrèrent d'autres navigateurs et explorateurs européens, puis des missionnaires, des militaires américains et français.

Les diverses cultures insulaires incluent les îles Fiji, les îles d'Hawaï, les îles de Samoa, de Tahiti et de Tonga. Parmi la population de Polynésie, on peut trouver un groupe distinct de transgenres mâles qui occupe une place dans la société analogue à un troisième genre ou un troisième sexe: *RaeRae* et *Mahu* en Polynésie française, *fa'afafine* à Samoa et *fakaleiti* à Tonga.

Vignettes introductives

En fait, c'est pour moi tout à fait circonstanciel qu'au cours d'un de mes séjours à Tahiti se soit présentée une situation m'ayant en effet permis de découvrir une entité qui semble assez exemplaire de l'existence d'un troisième sexe :

Alors que j'étais assis au bar de l'hôtel à Bora Bora, j'entrepris une conversation avec la personne qui servait les cocktails et qui travaillait aussi à la réception. D'emblée, j'eus du mal à distinguer s'il s'agissait d'une femme ou d'un homme. Elle était habillée comme une femme, maquillée, joyeuse, portant également une fleur sur un côté de ses longs cheveux noirs très soignés. Ses yeux étaient maquillés. Peu à peu, elle me fit part qu'elle était une RaeRae. Puis, apprenant que j'étais un psychiatre, elle me demanda si je pouvais discuter avec une de ses amies qui lui semblait dépressive. Je rencontrai son amie le lendemain, qui était elle aussi une RaeRae, travaillant dans une école mais qui manifestement avait un trouble de l'humeur pénible qui semblait avoir été précipité par des problèmes personnels et financiers récents. Elle ne faisait aucunement le lien entre son épisode dépressif et son identité de RaeRae, un rôle qu'elle assumait parfaitement comme son amie qui me l'avait présentée. À une autre occasion, on me présenta une seconde jeune femme beaucoup plus perturbée, consommant régulièrement de la drogue, s'adonnant éventuellement à la prostitution à Papeete et qui manifestement faisait par moments des épisodes psychotiques.

C'est à la suite de ces rencontres et de ces entretiens que je devins plus attentif à l'existence de *RaeRae* en Polynésie française. Des collègues médecins non psychiatres de l'Association des médecins de langue française, désormais sous l'appellation Médecins francophones du Canada (MFC), commencèrent à me poser des questions et c'est dans ce contexte que j'ai entrepris les recherches plus documentées sur ce phénomène. Je refis des séjours là-bas et l'Association des psychiatres du Canada (CPA, 2014) me demanda de faire une présentation sur ce sujet à Nouméa et d'en discuter lors d'un colloque avec une quarantaine de psychiatres. Je rejoins bien volontiers cet énoncé de Philippe Lacombe (Lacombe, 2008): « S'intéresser aux *Mahu* (ou aux *RaeRae*), ce n'est pas seulement s'ouvrir à des réalités qui se présenteraient comme des cas ou des marges, c'est tenter de penser la complexité d'identités instables, voire inaccessibles. C'est s'attendre à voir les évidences remises en cause, et donc profiter de cette lutte contre le sens commun pour interroger les catégories de sexe. »

Notre style d'écriture sur ce sujet pourrait ressembler plus à un récit de voyage qu'à un article scientifique. Sa publication dans la forme actuelle serait plus appropriée, pourrait-on dire, dans un ouvrage littéraire que dans une revue scientifique. Néanmoins, si pour en faire un article scientifique, il eût fallu y ajouter une étude de cas, nous nous serions contredit fondamentalement tant il n'est pas ici question de médicaliser ou pathologiser la situation. Il nous faut au contraire l'envisager comme une variante de la réalité humaine et surtout pas comme une présentation de cas. Cet article n'est pas non plus une étude sociologique basée sur une recension exhaustive des écrits comparant diverses identités de genre à travers diverses cultures. Ce serait un autre travail. Nous en ferons cependant une esquisse et énumération. Le but visé, en présentant ces réalités, est d'amener le lecteur à remettre en question les idées reçues par rapport aux catégories de genre traditionnelles (homme vs femme) et amener l'idée qu'une autre façon d'être existe, et ce, sans être pour autant pathologique.

Sources et résultats de la documentation scientifique

En premier lieu, les sources Medline furent employées en utilisant les mots clés: transgender and polynesia, transgender and Samoa, transgender and Hawaï, Les *RaeRae* et *Mahu*, *fa'afafine*, *fakaleiti*. Seulement sept articles avec transgender and polynesia furent trouvés. La recherche fût ensuite effectuée avec Google Scholar et dans Dépôt

Universitaire de Mémoires Après Soutenance (DUMAS), la base de données des travaux universitaires de maîtrise et doctorat, puis la source CAIRN. Une vingtaine de chapitres, articles, ou mémoires et thèses autour de ce sujet, montrant par ailleurs une grande hétérogénéité d'approche et de propos fut relevée. Trois travaux universitaires en français ont mérité une lecture plus attentive (Campet, 2002; Coulange, 2010; Lacombe, 2008).

Définition et description

Il n'y a pas à proprement parler de définition officielle mais un ensemble de descriptions.

Un *RaeRae* est un homme biologique se comportant et se considérant comme une femme. Son habillement et sa chevelure sont ceux d'une femme qui utilisera les toilettes des femmes, choisira un prénom féminin et se fera appeler, à la troisième personne « elle » (Campet, 2002; Coulange, 2010; Lacombe, 2008). Le mot *RaeRae* a fait son entrée dans la langue tahitienne vers les années 1950 : le *RaeRae* est un homme qui se sent femme, et décide donc de s'habiller et de se comporter en femme (www.abcdaire.netfenna.pf/). Le *RaeRae* aspire à se mettre en couple avec un homme hétérosexuel non efféminé. Il peut éventuellement adopter les enfants de la famille. Au foyer, il participe aux activités traditionnelles des femmes telles que le tressage, la fabrication du tapa et des cosmétiques. « Elle » contribue aux tâches quotidiennes : faire la cuisine, s'occuper des enfants. Un *RaeRae* peut vouloir suivre une hormonothérapie pour acquérir une poitrine, avoir moins de pilosité et une voix plus féminine. Les interventions esthétiques sont effectuées (silicone) et certains accèdent à la chirurgie pour devenir transsexuels afin de changer de personnalité. Découlent ensuite les procédures administratives pour changer le prénom du passeport. Il existe donc un gradient ou une variance intrinsèque à l'entité.

La majorité des Tahitiens avec qui j'ai pu m'entretenir lors de mes séjours, qu'ils soient médecins, professionnels dans l'hôtellerie ou l'éducation, ou même *Mahu* ou *RaeRae*, confirment l'éventuelle méprise consistant à prendre un *RaeRae* pour une femme, pour des raisons anatomiques et techniques à la fois. Tout d'abord, l'existence d'une atrophie du sexe et des testicules chez les *RaeRae*, même si, nous l'avons vu, n'était pas une condition *sine qua non*, renforce l'argument que le sexe (dimension biologique) peut être en partie au moins modifié ou refacturé par le genre. Le sexe dans cette condition qui n'est pas une

maladie mais bien une particularité culturelle ne demeure plus une donnée de la nature, définitive, absolue et immuable. Cela est d'autant plus illustratif chez les *RaeRae* qui recourent abondamment aux hormones et à la chirurgie ou utilisent une technique afin de faire disparaître le sexe : kokoro. Cette technique consiste à attacher le pénis dans un étui pénien, à le tirer entre les cuisses jusqu'à ce qu'il disparaisse totalement, fixé par une attache à la taille. Ceci aboutit à ce qu'aucune protubérance n'apparaisse, réalisant ainsi l'image d'une vraie femme, quel que soit l'habillement (Brami, 2002). Il est remarquable avec le kokoro que, dans cet activisme dans la mise en œuvre de la disparition du pénis, on soit à l'antipode d'une entité clinique appelée le syndrome de Koro (Stip, Bergeron, Lavigreur, Fabian et Ait Bentaleb, 2007). Le Koro est en effet un trouble psychiatrique habituellement décrit comme un syndrome propre à certaines cultures asiatiques, se manifestant par une anxiété intense associée à la crainte d'une rétraction du pénis dans l'abdomen, qui peut mener à la mort. Même si quelques cas ont été rapportés chez des sujets non asiatiques, le trouble est généralement décrit comme un syndrome spécifiquement culturel. Nous avons fait cependant une description de cas de Koro rencontrés en pratique clinique au Québec. Il semble qu'une distinction pouvait être faite entre les présentations épidémiques de Koro qui sont culturellement spécifiques et les cas isolés qui peuvent apparaître dans toute culture (Stip *et al.*, 2007).

En Polynésie française, un *Mahu* est un homme aux manières efféminées qui s'habille en homme, peut se marier, avoir des enfants. Il participe aux activités des hommes et des femmes (Suggs, 1966 ; Zanghellini, 2010 ; Watts, 1987 ; Lacombe, 2008 ; Besnier, 1994 ; Levy, 1973). Il a une façon un peu précieuse de s'habiller, de porter des bijoux, de s'exprimer avec des intonations chantantes, de marcher, de danser, de chanter. Ses postures et sa gestuelle sont plutôt féminines, parfois même exacerbées. Les parents voient très tôt chez l'enfant s'il sera *Mahu*. Généralement, ils ne cherchent pas à brimer ou empêcher sa façon d'être et de devenir. Étymologiquement, il est fait référence à « esprit trompeur », car l'apparence du *Mahu* peut évoquer un sentiment perplexe : s'agit-il d'une femme ? s'agit-il d'un homme ? ; cependant, cette étymologie est discutée.

Bien loin de former une catégorie homogène, les *Mahu* et *RaeRae* se distribuent en sous-groupes aux pratiques, visibilité et comportements bien distincts. Les *Mahu* exercent leur métier dans la fonction publique ou le tourisme dans l'accueil et l'hôtellerie. À l'heure actuelle,

ils bénéficient du respect social, ce qui n'est pas toujours le cas pour le *RaeRae*, plus stigmatisé pour son théâtralisme, histrionisme, extravagance, ses historiques d'opération et sa vie nocturne flirtant pour certains avec la prostitution. Dans ce continuum entre *Mahu* et *RaeRae*, l'acceptation et la considération sociales des *Mahu* sont obtenues dans le contexte d'une dissimulation et d'une invisibilisation ou masquage de leur identité sexuelle. Les *RaeRae*, quant à eux, vont bien au-delà, dans leur quête d'une féminité convaincante et démontrée, se revendiquant « *victimes d'erreurs de la nature* ». Néanmoins, et ce fût le cas dans notre propre expérience, le *RaeRae* peut être très bien considéré dans son rôle rémunéré par son travail hôtelier ou d'éducateur. La sociologue Laure Hina Grépin, auteure d'une thèse de doctorat sur « Les adolescents et l'efféminé », a constaté dans les atolls où elle a longuement séjourné que : « Très souvent les *RaeRae* y sont membres du corps enseignant, principal et plus rentable travail dans les îles. Il n'est pas rare que leurs amants soient parmi les plus ouvertement machos de l'île. Certains viennent s'installer chez eux et vivent à leur charge, ce qui inverse totalement le rapport habituel à la prostitution. » Présentement, le grand public ne fait plus autant le distinguo entre *RaeRae* et *Mahu*, confirmant un continuum.

Le terme *Mahu* se retrouve également dans la littérature anglo-saxonne concernant Hawaï et semble alors englober, à la différence de la Polynésie française, tout le continuum. Les études se concentrent sur les problèmes liés au sida, à la toxicomanie et les comportements à risque (Ellingson et Odo, 2008 ; Odo et Hawelu, 2001). Ainsi, une étude sur 100 transgenres hawaïens a pu montrer que les problèmes de santé étaient plus importants que dans la population hawaïenne générale : 31 % par exemple utilisent des drogues illicites, 50 % ont été impliqués dans la violence de rue et violence domestique. Les emplois qu'ils occupent montrent des options vers la prostitution et le marché de la drogue. Le risque d'être séropositif est majeur.

Que ce soit enfin à Samoa ou aux Tonga, l'identité d'un troisième sexe ou d'un troisième genre a été observée et étudiée. Les *fa'afafine* « comme une femme » sont des mâles génétiques élevés comme des femmes (Mageo, 1996 ; Farran, 2010 ; Besnier, 1997 ; James, 1994 ; Watts, 1987). Donc, ce phénomène de la présence d'un troisième genre est commun à la culture polynésienne, quel que soit l'archipel, mais sa connaissance est nuancée selon l'approche de l'observateur.

Cette observation d'un troisième genre a conduit les chercheurs dont le champ de recherche est l'androphylie (attraction sexuelle pour

les adultes masculins) à l'utiliser comme modèle pour tester des hypothèses génétiques différenciant la gynéphyllie de l'androphylie (Vasey, Pocock et VanderLaan, 2007 ; Vasey et VanderLaan, 2010 ; Vasey, Parker et VanderLaan, 2014). Ces derniers travaux cependant éclairent plus sur des caractéristiques liées à l'orientation sexuelle qu'à celles de l'identité de genre.

En conclusion de cette section, les *RaeRae* seraient des personnes avec une identité de genre autre qu'homme ou femme alors que les *Mahu* semblent être plutôt des hommes avec des rôles de genre féminin. Dans certains écrits, les auteurs englobent les deux mais ce sont pourtant deux concepts différents.

Présence dans l'Histoire

Chez le peuple polynésien de tradition orale, il ne reste que peu de connaissances transmises par les anciens. L'histoire est altérée dans ces îles sans écrits et la majorité du savoir sur ce sujet nous provient en premier lieu du journal de bord des grands navigateurs. « Les narrations sont incomplètes, voire dénaturées par une imagination débordante ou par une méconnaissance des coutumes polynésiennes. À cela s'ajoute la pudeur des témoignages de l'époque, qui, au nom de la morale chrétienne, supprime de nos esprits la sexualité des Polynésiens. Les premiers voyageurs retracent l'existence de *Mahu* sur un ton qui prête à sourire de nos jours » (Bauer, 2002).

Les premiers écrits sur les transgenres insulaires proviennent dans le monde occidental du journal de bord ou de rapports de navigateurs anglais au XVIII^e siècle. On y retrouve les premiers écrits sur les *Mahu* dans des observations de James Morrison en 1793 : « en plus des classes que nous avons déjà décrites, une classe d'hommes est appelée *Mahu*. Ce sont des hommes en quelque sorte comme les eunuques d'Inde cependant sans avoir été castrés. Ils ne vivent pas avec une femme, mais leur vie ressemble à celle d'une femme avec l'habillement et les poils rasés, la danse et le chant et une voix efféminée. Ils sont en général experts dans l'art de faire le travail des femmes de l'époque : la peinture, les couvertures et les draps » (Wilhelm, 2008, p. 181). Quatre ans plus tard, James Wilson, capitaine du navire *Duff*, accosta à Tahiti sous le pavillon de la Société missionnaire de Londres (LMS) et décrivit des hommes habillés comme des femmes. William Bligh, le capitaine du *Bounty*, ou James Cook décrivirent à leur tour des garçons différents recevant une éducation particulière, dès l'enfance. Ils témoignèrent

qu'en grandissant, ils s'occupaient du foyer, mangeant à l'écart des hommes et festoyant avec les femmes. Les *Mahu* occupaient souvent un poste de domestique auprès du noble. D'après les observations faites par ces premiers explorateurs, les *Mahu* existaient bien à l'époque des grandes découvertes et ce phénomène *Mahu* ne s'inscrit en rien dans le cadre d'une décadence générale telle qu'elle devint présentée par les colonisateurs chrétiens mais se présente au contraire comme une institution sociale ancienne et bien réglée. En effet, les *Mahu* bénéficiaient d'un statut à part dans le village au même titre que, par exemple, les sorciers ou le chef de ce dernier. Par exemple, ils occupaient des rôles dans l'organisation des festivités ou comme chef de ballet des troupes de tamouré. Les rois polynésiens s'en entouraient également. Avec le débarquement des premiers explorateurs (Bougainville, 1768) suivis des missionnaires qui habillèrent les Polynésiens, l'on s'efforça de mettre de l'ordre dans la société pour « sauver des âmes ». Les missionnaires et les évangélistes introduisirent ainsi des notions plus manichéennes quant au genre, à la sexualité et au mythe de l'androgynie. Cependant, grâce au contact permanent avec les Tahitiens et à une bonne connaissance de leurs coutumes, ce sont les écrits missionnaires qui nous renseignent le mieux sur la sexualité des Polynésiens. Néanmoins, probablement dans une volonté de convertir à la chrétienté, ces études sont toujours traduites sous l'angle de la religion. Le besoin de cacher des coutumes et mœurs jugés honteux poussa les évangélistes à occulter systématiquement les *Mahu*. Au fur et à mesure, la censure morale effaça l'histoire de ces êtres « licencieux ». Par la suite, au XIX^e siècle, Paul Gauguin en peindra à plusieurs reprises sans que ce soit explicite ni dans ses écrits ni dans les titres de tableau. C'est au début des années 1960 que dans la société polynésienne certains *Mahu* deviendront *RaeRae*, validant un transsexualisme qui explose. Avec l'arrivée massive des Européens, dont les militaires, certains *Mahu* vont en effet se transformer, adoptant l'hormonothérapie comme tout modèle européen.

Interprétation

De multiples interprétations ont été proposées par les anthropologues, sociologues, historiens et psychiatres. Trois d'entre elles, par leur récurrence, méritent d'être citées.

1) L'instabilité d'identité du genre : l'anthropologue Jeannette Marie Mageo envisage ce phénomène comme un reflet d'une instabilité his-

torique dans l'identité du genre mâle. Cette instabilité serait en parallèle avec une instabilité dans l'identité du genre femelle donnant naissance à des expériences d'appartenance spirituelle. Il ne s'agirait pas alors d'un travestisme puisque les Polynésiens conçoivent le genre plutôt en termes sociaux qui n'a pas de stabilité. L'adoption du port de robe de femme correspondrait plus alors à un rôle social ou à travail particulier. La robe n'est pas un marqueur de sexe mais de rôle.

2) La fonction d'identité négative: Robert Levy, anthropologue, y voyait une fonction d'identité négative; l'efféminé aidant l'homme à s'affirmer dans une société assez asexuée en montrant ce que l'homme viril n'était pas.

Cette image négative (au sens où le négatif en photo inverse le noir et blanc, mais aussi négatif au sens péjoratif) servira alors à présenter un contre-modèle: un modèle à ne pas suivre pour mieux s'identifier à la force virile. C'est en quelque sorte l'inverse des « images positives » du superhéros hollywoodien par exemple.

3) Une adaptation économique: Kerry James, de la Société australienne d'anthropologie, et Niko Besnier, professeur d'anthropologie à l'Université américaine UCLA, proposent une interprétation économique: la place grandissante de la femme sur le marché du travail. « Le secteur tertiaire, gagnant énormément sur le primaire, prive peu à peu l'homme, déjà dépouillé de ses prérogatives guerrières, de son identité. Le repli vers le personnage traditionnel de l'efféminé serait une tentative d'adaptation. »

Lors de la visite des lieux sacrés et des lieux de sacrifice humain m'apparaissait une quatrième interprétation: on y sacrifiait en effet les hommes. Ainsi, la survie d'un individu au sein d'une famille, d'un village aurait-il pu dépendre d'une ruse implicite sur la visibilisation du genre. Ne pas pouvoir être identifié pour les sacrifices humains au cours des cérémonies. À partir du moment où l'on devenait non identifiable à des hommes au cours des cérémonies, on parvenait à ne plus être identifié à une potentielle victime du sacrifice. Non choisi ou repéré, l'homme survivait.

Enfin, que cela soit utilitariste ou spirituel, selon les légendes on éduquait en fille le troisième enfant de la famille, qu'il soit physiquement fille ou garçon. Ainsi, la confrérie des Arioï réunissait des mâles qui visaient à capter et à contrôler les pouvoirs surnaturels féminins en étant éduqués comme des filles, en jouant le rôle de danseurs, chanteurs, conteurs et de « fous du roi », et en ayant des relations sexuelles consenties avec des adolescents mâles dès la puberté. Les

Arioï peuvent se frotter le ventre avec qui ils veulent mais ils n'ont pas le droit d'enfanter» (Bauer, 2002).

Des genres et des cultures

La Polynésie n'est pas la seule contrée où se manifeste cette absence partielle et culturelle de la binarité. Linguistiquement, d'autres ethnies possèdent au moins un terme pour désigner les personnes qui transgressent les genres, sans forcément être qualifiées de transsexuelles.

Pour les hommes dont la conviction, le besoin, le désir sont d'être des femmes, on emploie le terme *shemale* chez les anglophones; *new half* au Japon; *muxe* ou *muché* chez les Zapotèques du Tehuantepec; *woubi* en Côte d'Ivoire; *femminielli* en Italie; *ladyboys* («hommes-demoiselles») ou *kathoeys* en Thaïlande; *natkadaw* en Birmanie; *hijra* en Inde et au Pakistan; *khounta* dans la culture arabo-musulmane; chez les Amérindiens du Canada et des États-Unis, les Ojibwes: *agokwa*, dont le nom signifie «comme une femme»; et chez les Illinois: *ikoneta*.

Des similitudes avec le phénomène de *RaeRae* ou *Mahu* peuvent être évoquées au Canada avec les *berdaches* qui, sans pour autant être qualifiés de marginaux, ont une place attitrée dans la société amérindienne tout en étant des transvestis homosexuels. Tout comme les Hijras en Inde ou le *Mahu*, le *berdache* ne peut être comparé avec les travestis des sociétés occidentales (Desy, 1978) : il n'est pas transsexuel, puisqu'il ne modifie pas son corps pour «ressembler» à une femme, mais il peut être qualifié de transgenre car il cesse d'être un homme pour devenir un citoyen ayant les caractéristiques sociales à la fois des hommes et des femmes. Le mot *berdache* est désormais critiqué par les militants transgenres amérindiens en raison de son étymologie péjorative. Il provient, via l'arabe, du persan *bardeh* utilisé pour désigner les esclaves et les prisonniers de guerre. Le terme *two-spirit* lui a alors été préféré.

Ils sont impudiques jusqu'à tomber dans le péché qui est contre-nature. Ils ont des garçons, à qui ils donnent l'équipage de filles, par ce qu'ils les emploient à cet abominable usage. Ces garçons ne s'occupent qu'aux ouvrages des femmes, et ne se meslent ni de la Chasse ni de la guerre. (Hennepin, 1697 : p. 219-220 ; in Hérault, 2010)

Ainsi, paraphrasant Laurence Hérault, rencontrer des *RaeRae*, c'est avoir sous les yeux la figure du *trickster* capable en une facétie et un tournemain de vous bouleverser tout un monde, tout un univers de

sens et de pouvoir. Les *RaeRae* étaient « contre-nature » moins parce qu'ils contrevenaient à la bipartition des genres ou encore à « l'hétérosexualité naturelle » comme peuvent nous le faire penser les premiers textes des explorateurs au premier abord, mais bien plus parce qu'ils opéraient un retournement de prestige et de pouvoir culturellement inacceptable.

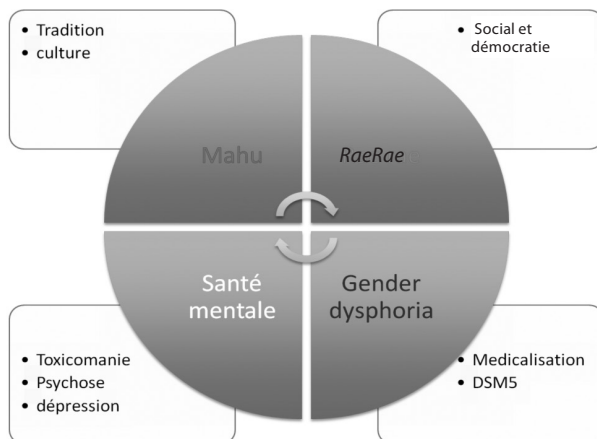
Conclusion

En sexualité, le fait de comparer des cultures aide à distinguer l'inné et la construction sociale. Cela permet de relativiser le point de vue occidental et ouvrir la possibilité qu'il y ait d'autres façons de voir la réalité. L'idée de déconstruire la binarité des genres est très d'actualité. Malheureusement, vouloir déconstruire la binarité pour en faire trois catégories plutôt que de remettre en question directement le concept même du genre comme variable catégorique n'est pas si aisé.

Être *RaeRae* ou *Mahu* n'est pas une maladie même si, à l'occasion, la confrontation avec une société en mutation provoque des troubles d'adaptation invoqués par les paramètres de la culture occidentale ou les lois religieuses. Lorsque des personnes avec une variance de genre sont victimes d'une pression biopsychosociale importante, au point qu'elles entrevoient des mesures de réassignation sexuelle, une valeur pathologique est concédée médicalement à leur souffrance. Selon le

FIGURE 1

Mahu et *RaeRae*



DSM-5, un tel état est appelé dysphorie de genre. Ainsi, les personnes dysphoriques de genre sont non seulement insatisfaites du sexe qui leur a été attribué à la naissance, mais elles en souffrent également et, conséquemment, vont rechercher une aide. Cette aide n'a de sens que s'il y a la place pour une interprétation culturelle et c'est ce que nous avons voulu introduire dans cet article exploratoire.

La petite majorité de nos interlocuteurs ou auteurs consultés semblent avoir façonné un discours culturellement sympathique autour de la figure contemporaine du *Mahu*. Il serait de bon augure de se demander si le discours qui tend à sonder les histoires ou les mythes anciens ne participe pas, lui aussi, d'une entreprise d'exotisation et d'esthétisation de l'emblème *Mahu*, singularité de la *culture m'ohi* (Brami, 2002). La société polynésienne m'est apparue comme une société de grande tolérance, et le maintien et la considération du statut des *Mahus* s'explique peut-être dans le temps par un relatif déficit de judiciarisation et de psychologisation de la vie publique (Lacombe, 2008). La faiblesse du discours normatif autorise une expression de comportements *anomaux* (anomie: qui s'écarte de la règle, et non anormalité), du moins en apparence (Lacombe, 2008; Tcherkezoff, 2001). Il est possible que cette tolérance et cette douceur polynésiennes qui frappent le visiteur étudiant et écrivant cet article constituent autant une construction fantasmée qu'une réalité. Ceci constitue une limitation potentielle à ce travail. En outre, le lecteur aura également noté que l'auteur change le genre du pronom (il versus elle) et fait une utilisation de guillemets («Elle») en parlant des *RaeRae*. Ceci peut témoigner de sa confusion ou de l'insuffisance de la langue à l'égard d'une identité qui réclame un autre pronom que le Elle ou le Il mais ne doit pas être pris comme un manque de respect pour l'identité choisie. La littérature sur *RaeRae* demeure ambivalente ou gauche à cet égard quand on l'examine. C'est le constat de cet examen.

RÉFÉRENCES

- Bauer, F. (2002). *RaeRae de Tahiti - Rencontres du 3^e type*. Papeete, Tahiti: Haere Po.
- Besnier, N. (1994). «Polynesian gender liminality through time and space», in G. Herdt ed. *Third sex, third gender: beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York, N.Y.: Zone Books.
- Besnier, N. (1997). Fluts and Super Women: the politics of Gender liminality in urban Tonga. *Ethnos, Journal of Anthropology*, 62(1-2), 5-31.

- Brami Celentano, A. (2002). « De la polynésianité à la maohitude: déplacement des frontières ethniques et redéfinition du cadre politique à Tahiti ». *Hermès*, Paris, France: Centre National de la Recherche Scientifique, avril 2002, 367-375. « Le renouveau identitaire et culturel dans la jeunesse à Tahiti », in *Ethnologie Française*, Paris, France: Presses Universitaires de France, 647-661.
- Campet, S. (2002). Rencontre du " troisième sexe " : le cas du Rae Rae tahitien. Social Anthropology and ethnology. Mémoire d'étudiant. <dumas-00434449>
- Coulange, M. (2010). Homosexualités et transgression des genres dans la littérature médiévale: approche mythologique et illustration par le Roman de Silence (XIII^e siècle). Littérature. Mémoire d'étudiant. <dumas-00542700>
- Désy, P. (1978). " L'homme-femme. Les berdaches en Amérique du Nord ". Un article publié dans la revue *Libre – politique, anthropologie, philosophie*, 78(3), 57-102.
- Ellingson, L. et Odo, C. (2008). HIV risk behaviors among Mahuwahine (native Hawaiian transgender women). *AIDS Educ Prev*. 2008 Dec; 20(6) 558-69.
- Farran, S. (2010). Pacific Perspectives: Fa'afafine and Fakaleiti in Samoa and Tonga: People Between Worlds. *The Liverpool Law Review*, 31(1), 13-28.
- Hérault, L. (2010). Transgression et désordre dans le genre: les explorateurs français aux prises avec les " berdaches " amérindiens. *Etnographica*, 2, 337-360.
- James, K. E. (1994). Effeminate males and changes in the construction of Gender in Tonga. *Pacific Studies*, Honolulu, 17(2), 39-69.
- Lacombe, P. (2008). Les identités sexuées et " le troisième sexe " à Tahiti. *Cahiers du Genre* 2/45, 177-197.
- Laudon, P. (2003). *Tahiti-Gauguin: Mythe et vérités* (French).
- Levy, R. I. (1973). Tahitians. Mind and Experience in the Society Islands. Chicago and London, *The University of Chicago Press*.
- Mageo, J.M. (2008). Zones of ambiguity and identity politics in Samoa. *Journal of The Royal Anthropological Institute - J Roy Anthropol Inst.*, 14(1), 61-78.
- Mageo, J.M. (1996). Samoa, on the Wilde Side: Male Transvestism, Oscar Wilde, and Liminality in Making Gender. *Ethos*, 24(4), 588-627.
- Odo, C. et Hawelu, A. (2001). Eo na Mahu o Hawai'i: the extraordinary health needs of Hawai'i's Mahu. *Pac Health Dialog*, 8(2), 327-334.
- Stip, E., Bergeron, T., Lavigueur, C., Fabian, J.L., Ait Bentaleb, L. (2007). Le syndrome de Koro. *Annales médico-psychologiques*, 165(3), 147-153.
- Suggs, R. C. (1996). *Marquesan sexual behaviour, An anthropological study of Polynesian practices*. New York, N.Y.: Harcourt, Brace et World, Inc.
- Tcherkezoff, S. (2001). *Le mythe occidental de la sexualité polynésienne: Margaret Mead, Derek Freeman et Samoa*. Paris, France: PUF.
- Vasey, P.L., Pocock, D.S., VanderLaan D.P. (2007). Kin selection and male androphilia in Samoan fa'afafine. *Evol Hum Behav*, 28(3), 159-167.

- Vasey, P.L., VanderLaan, D.P. (2010). Avuncular Tendencies and the Evolution of Male Androphilia in Samoan Fa'afafine. *Arch Sex Behav*, 39(4), 821-830. doi: 10.1007/s10508-008-9404-3 Epub 2008 Sep 23.
- Vasey, P.L., Parker, J.L., VanderLaan, D.P. (2014). Comparative reproductive output of androphilic and gynephilic males in samoa. *Arch Sex Behav*. Feb; 43(2): 363-367.
- Watts, R. (1987). *Gender variance among male Polynesians*. Mémoire de Master's Degree en Anthropologie, Université de Washington – Wash. D.C.
- Wilhelm A. D. (2008). *Tritiya-Prakriti: People of the Third Sex: Understanding Homosexuality*. Philadelphia, Penns.
- Zanghellini, A. (2010). Queer kinship practices in non-western contexts: French Polynesia's gender-variant parents and the law of La République. *J Law Soc*. 37(4), 651-677.

MOSAÏQUE

Adaptation et neurosciences I : craintes, société, méthodologie, finalité

Martin Desseilles^a

RÉSUMÉ Cet article est le premier de deux articles explorant les liens bidirectionnels entre le concept d'adaptation et celui de neurosciences. Nous verrons tout d'abord dans cet article que les neurosciences peuvent être perçues comme ambitieuses et toutes-puissantes oscillant entre un danger réductionniste et déshumanisant ou bien cristallisant certains fantasmes de maîtrise. Nous verrons ensuite que la société s'adapte aux neurosciences en intégrant certaines méthodologies et certaines découvertes dans des domaines très variés, au point que nous pouvons nous questionner sur la neurosociété de demain. Ensuite nous verrons que la méthodologie des neurosciences est elle-même fréquemment remise en question et nécessite que chacun en connaisse les limites sans s'en tenir aux seules promesses. Après cela, nous verrons que l'adaptation vue comme une promesse d'un but déterminé et fini peut s'avérer rassurante mais est surtout improbable.

MOTS CLÉS adaptation, neurosciences, menaces, fantasmes, méthodologie, finalité, société

Adaptation and Neuroscience I: Fears, society, methodology, finality

ABSTRACT This article is a first article in a series of two articles exploring the bidirectional links between the concept of adaptation and of neuroscience. In this first article, first of all we will see that neurosciences can be seen as ambitious and all-powerful oscillating between a reductionist and dehumanizing threat or

a. Clinique psychiatrique des Frères Alexiens, Henri-Chapelle, Belgique. Centre de recherches du Cyclotron, Université de Liège, Belgique. Université de Namur, Belgique.

crystallizing some control fantasies. We will then see that society adapts itself to neurosciences methodologies and incorporate some discoveries in various fields so that we can ask ourselves about the neuro-society of tomorrow. Then we will see that the methodology of neurosciences themselves is frequently challenged and requires that everyone knows the limitations and not only stick to promises. After that, we will see that the adaptation seen as the promise of a determined and finite goal may be reassuring but is most unlikely.

KEYWORDS adaptation, neurosciences, threats, fantasies, methodology, finality, society

Méthode et mise en garde

Nous avons voulu, dans ces deux articles, visiter le concept d'adaptation à l'aune des neurosciences. Ce travail ne constitue pas une critique des neurosciences cognitives en particulier ni des neurosciences en général mais vise à interroger l'apport des neurosciences, cognitives entre autres, au phénomène d'adaptation. Il vise aussi à interroger l'impact sur la société, la culture et la réflexion en général de leur adaptation dans le contexte des neurosciences, entre autres cognitives.

Le plan dialectique hégélien thèse-antithèse-synthèse adapté à la dissertation n'a pas été choisi dans ce travail car celui-ci ne vise justement pas à prouver que les neurosciences cognitives sont légitimes ou à les remettre en question. Cet article vise à ouvrir le questionnement sur le concept d'adaptation à l'aune des neurosciences. Il nous faut donc d'abord définir les neurosciences afin que le lecteur puisse s'y référer lors de la lecture de ces deux articles. Nous ne pouvons envisager les points de vue philosophique, sociologique, ou psychologique qui ne seraient pas associés aux neurosciences car nous souhaitons focaliser notre propos. Un tel travail ne peut, dans son essence, être exhaustif et entraîne certainement une frustration du lecteur qui souhaitera y voir développer d'autres aspects. Loin de vouloir frustrer le lecteur, nous reconnaissons les limites d'une telle approche.

Nous verrons tout d'abord dans cet article que les neurosciences peuvent être perçues comme ambitieuses et toutes-puissantes, oscillant entre un danger réductionniste et déshumanisant, ou bien cristallisant certains fantasmes de maîtrise. Nous verrons ensuite que la société s'adapte aux neurosciences en intégrant certaines méthodologies et certaines découvertes dans des domaines très variés au point que nous pouvons nous questionner sur la neurosociété de demain. Ensuite, nous

verrons que la méthodologie des neurosciences est elle-même fréquemment remise en question et nécessite que chacun en connaisse les limites sans s'en tenir aux seules promesses. Après cela, nous verrons que l'adaptation vue comme une promesse d'un but déterminé et fini peut s'avérer rassurante mais est surtout improbable. En cela le concept d'adaptation est parallèle au cheminement que les neurosciences prennent dans la société lorsque malgré le contenu de la recherche un résultat est réduit, et qu'il véhicule ainsi attentes et fantasmes au-delà des intentions du champ de recherche précis.

Les neurosciences : définition

Selon le Trésor de la Langue Française, *neurosciences*, désigne l'« Ensemble des sciences et disciplines qui étudient le système nerveux. Le terme neurosciences, dont la dernière décennie a consacré l'usage, renvoie à des disciplines diverses, réunies par un objectif commun : la connaissance du système nerveux, de son fonctionnement et des phénomènes qui émergent de ce fonctionnement¹. »

Les disciplines composant cet ensemble sont multiples et incluent par exemple la biologie, la linguistique, la génétique, la physiologie, les sciences cognitives et bien d'autres disciplines. Il n'est pas envisagé dans cet article d'être exhaustif quant à toutes ces disciplines mais de donner au lecteur un aperçu du chemin qu'a pris la notion d'adaptation dans le champ des neurosciences.

Dans cette optique, il nous semble important de souligner que pour Ian Hacking (2002) la révolution cognitive, une des disciplines des neurosciences, a entraîné un déplacement d'intérêt des comportements vers les structures mentales, amenant une nouvelle manière de penser. Il identifie ainsi différents troubles qu'il qualifie de maladie mentale transitoire, comme le serait la fugue pathologique (Hacking, 2002). Pour citer encore Ian Hacking: le philosophe Hilary Putman parlait de « l'erreur philosophique commune consistant à supposer que la réalité doit signifier une chose supérieure et unique, au lieu de regarder diverses façons dont nous renégocions et sommes contraints de renégocier à l'infini notre notion de la réalité à mesure qu'évoluent notre langage et notre vie ». Ainsi, spécifiquement, le point de vue des neurosciences cognitives est une des lectures et facettes de la

1. www.cnrtl.fr/definition/neurosciences citant *Le Courrier du CNRS*, avr.-juin 1984, p. 12.

compréhension d'un phénomène. Plus largement, les neurosciences, et l'ensemble des disciplines que ce terme regroupe, constituent une facette de la compréhension de la réalité. Nous souhaitons ainsi directement prévenir le lecteur que ces deux articles visent (seulement) à s'interroger sur les liens entre adaptation et neurosciences, en mettant entre autres en lumière certaines limites des neurosciences. Afin d'envisager les liens bidirectionnels, et dans la lignée des hypothèses de maladie mentale transitoire proposée par Hacking, nous souhaitons illustrer par quelques exemples concrets (par exemple le neurodroit) comment les neurosciences ont un impact sur la société et comment la société s'adapte aux neurosciences. L'outil « neurosciences » ne venant plus seulement éclairer le concept d'adaptation mais venant redéfinir la réalité à la faveur d'une nouvelle manière de penser.

Les neurosciences ambitieuses et toutes-puissantes : danger réducteur et déshumanisant ou cristallisation de nos fantasmes de maîtrise ?

Bien que « le cerveau ne pense pas tout seul » (Guillaume *et al.*, 2013), il est devenu commun de demander l'avis d'un neuroscientifique sur tel ou tel sujet afin d'avoir tour à tour l'approbation d'une partie de la communauté scientifique, une neuro-explication sur tel ou tel phénomène, une objectivité à faire sombrer dans un oubli abyssal la subjectivité même de cette demande. Nous faisons également l'hypothèse d'une recreation de repères prenant péniblement le relais d'autres repères, moraux et sociétaux entre autres, qui ont été vidés de leur sens. L'inscription latente de cette demande de repères provoquerait tout à la fois le paradoxe de la demande cautionnant la fonction supposée, qui est tout aussi rapidement disqualifiée et taxée de réductionniste, voire de supercherie falsificatrice, et la circularité de cette approche qui trace, au fil du temps, un repère en soi et une mémoire réalisant la trame nécessaire à l'identification de nos propres limites dans le monde que l'on se crée.

L'impérialisme ressenti par les sciences humaines et concernant les neurosciences cognitives découle de la considération rapprochée par ces neurosciences cognitives de sujets aussi variés que la raison, la morale, le libre arbitre, l'économie... (Morin, 2014). Les méthodes des neurosciences cognitives présentent parfois certaines limitations, entre autres par la faible taille d'échantillons, la nécessité de modèles mathématiques complexes rendant compte de la complexité par exemple des

pensées et des émotions, mais aussi par le peu d'encouragement des politiques éditoriales à une reproduction d'études à plus large échelle ou à la publication de résultats négatifs, ou la préférence des journaux prestigieux à délivrer un message clair, simple, voire simpliste, afin qu'il soit rapidement compris par un lectorat avide d'information au risque que le premier degré d'analyse ne soit pas franchi par le lecteur (voir également Ionnaidis, 2005 et 2014).

Malheureusement, certains lecteurs reprocheront ce réductionnisme aux chercheurs eux-mêmes sans démêler les raisons individuelles, groupales et sociétales liées à ce phénomène, qui combine tout à la fois recherche de repères rassurants et distanciation d'idéologie, fussent-elles des neuro-idéologies réductionnistes. L'individu se sent souvent déshumanisé et cherche l'outil de sa déshumanisation et non la demande latente de déshumanisation qui viendrait assouvir le désir d'une science totale, d'une compréhension complète des choses et des idées. La compréhension globale de l'humain, de ce qu'il pense, de ce qu'il vit, de ce qu'il fait, doit-elle passer par un modèle unique ? Genre de référentiel incluant toute divergence, modèle ultime, apogée de la compréhension totale. N'est-ce pas une tentative d'assouvissement d'un fantasme d'omnipotence ? De pan-compréhension de la vie ? Compréhension totale surgissant souvent d'un soubresaut de perte de repères, d'un vertige de la conscience lorsque le symptôme se présente comme compréhension complète du monde ou d'un phénomène, par exemple chez des sujets présentant une schizophrénie. Ainsi cette personne signalant qu'elle a tout compris du monde car Dieu lui parle et lui enseigne. Telle autre personne qui a tout compris du fonctionnement des ordinateurs et des communications sur la toile. À cet aspect du « tout compris » du côté des patients, nous mettons en balance l'aspect du « tout compris » du côté des soignants qui peut donner naissance à ce que Hacking (2002) appelle une maladie mentale transitoire, venant expliquer un fonctionnement psychopathologique et le cristallisant en trouble entraînant lui-même des réactions et des prescriptions de soins qui n'étaient pas présentes auparavant et qui selon Hacking ne dureront pas (aspect transitoire).

La vision des neurosciences omnipotentes, impérialistes, réductionnistes, déshumanisantes ne serait-elle pas la focalisation de la crainte de la réalisation du fantasme de maîtrise complète, par l'autre, de soi ? La méconnaissance étendue de ce que peuvent réellement les neurosciences tant dans leur méthodologie que leur interprétation fournirait un objet particulièrement adapté à la cristallisation des fantasmes,

rumeurs, mythes et légendes urbaines. La peur de maîtrise, par l'autre – fût-ce cet autre appelé neurosciences –, de soi, nous oblige à nous rappeler de manière lancinante que l'autre n'arrive jamais à la compréhension de soi-même et que cette compréhension de soi-même surgit de l'expérience que l'on peut faire dans le monde singulier qui entoure chacun de nous.

Cette expérience d'une personne dans « son » monde passe par le langage, le discours, le dialogue, la construction d'un récit et la confrontation de ses décalages. Chemin faisant, cette personne s'adapte d'un point de vue psychique, tout en étant façonnée par les limitations de sa personne (ses expériences, ses repères, sa mémoire, ses émotions, son corps) ou de son monde (le monde physique, le monde social, le monde économique, le désir de l'autre) qui la guide, tant en la conduisant qu'en la contraignant, de transition en transition, sur une trame se déroulant dans une dynamique continue entre les interactions mêmes de la personne et de « son » monde.

S'il y a focalisation sur les neurosciences en tant que modèle très insatisfaisant pour certains courants en sciences humaines, il peut aussi s'agir d'un écran de projection de fantasmes, leurre attirant l'attention sur les demandes latentes faites à ce courant scientifique érigé en réponse globale. Cette mise sous les projecteurs est réalisée parfois malgré le souhait des neuroscientifiques mais parfois avec leur complicité plus ou moins ignorante, souhaitant pour certains jouir d'un prestige médiatique qui reste à ce jour une des mesures dont les institutions publiques, les hautes écoles et les universités, ainsi que l'opinion publique en général, prennent en compte pour juger de l'impact des travaux d'un de leurs membres. Comme dans toute utilisation de leurre, l'attention n'est dès lors pas portée sur les autres courants en psychologie et en psychiatrie. Cela a deux conséquences, entre autres celle de donner une légitimité à ces autres courants qui se définissent par rapport à un modèle insatisfaisant, et celle d'occulter volontairement ou involontairement sa méconnaissance de la dimension biologique de l'être humain à côté de sa dimension intrasubjective (psychique) et intersubjective (sociale). Le leurre neurosciences remet en question les aspects scientifiques autant que neuros et préserve donc des critiques tout en légitimant certains courants qui ont été dominants avant les neurosciences et le sont toujours actuellement dans certaines régions ou institutions. Alors que certains seront séduits par un objet complexe mais incomplet du vivant et pourront y consacrer leur vie entière, d'autres critiques peuvent choisir de ne pas prendre la

peine d'essayer de comprendre un objet qui n'est pas nécessaire pour soutenir leur théorie.

Adaptation de la société aux neurosciences : quelle neurosociété pour demain

Les neuroscientifiques, par leurs découvertes dans de nombreux domaines autrefois traités uniquement en sciences humaines, comme la conscience, la morale, ou encore la prise de décision, invitent les cliniciens, les économistes, les juristes et de nombreuses autres corporations à prendre en compte la dimension neuroscientifique de leur discipline. Cela pose bien entendu la question de l'objectivation de processus à l'intérieur du sujet, qui se retrouve de ce fait désubjectivé et qui peut être rendu objet non libre de ces processus.

Dans le domaine de la prise de décision, comme décider quand se reposer et quand travailler, la perspective économique suggère que cela dépend des coûts et bénéfices attendus. La documentation scientifique sur la performance physique semble indiquer que la décision est prise en cours de route sur base de plusieurs variables physiologiques. Meniel, Safra et Pessiglione proposent un modèle général intégrant ces deux vues. Dans ce modèle, une variable appelée preuve du coût (*cost evidence*) augmente durant l'effort et diminue durant le repos. Son augmentation entraîne le repos au-delà d'un certain seuil (Meyniel *et al.*, 2014). Ces auteurs proposent que ce mécanisme basique puisse expliquer l'adaptation implicite si certains paramètres cachés, tels la pente de la courbe et le seuil, pouvaient se prêter à de l'anticipation explicite. La série d'expériences comportementales, manipulant la durée de l'effort et la difficulté, qu'ils ont réalisées sur 121 personnes semble indiquer que la preuve du coût est contrôlée implicitement durant la réalisation de la tâche, avec un taux d'augmentation proportionnel à la difficulté actuelle de la tâche. Le seuil d'évidence du coût et le taux de diminution pourraient être ajustés anticipativement, selon la difficulté explicite de la tâche (Meyniel *et al.*, 2014). Ainsi, cette étude, certes sur un nombre restreint de sujets, montre que les comportements de repos et d'activité, pour la réalisation de tâches particulières, pourraient être modélisés de manière simple. L'évaluation de la difficulté anticipée ou lors de la réalisation de la tâche n'est pas pour autant déterminée et reste subjective. Cependant ce genre de résultats peut éventuellement avoir un impact dans le domaine de l'exercice physique, de l'éducation ou de la revalidation physique dans un contexte

plus clinique. Cela peut également permettre de rationaliser certaines décisions et certains comportements pouvant sinon passer pour irrationnels.

C'est justement dans cet aspect d'irrationalité que le neurodroit peut avoir un sens puisqu'il devient possible de juger les défaillances d'un cerveau amenant un comportement prédictible et non d'un individu qui serait dès lors présenté comme le jouet de son cerveau et l'esclave d'un arbitre qu'il ignore. Quels sont les enjeux du neurodroit? «Le neurodroit ne se résume pas à la recherche d'hypothétiques "centres" de la décision, de la violence ou de comportements déviants dans le cerveau. Tout d'abord le cerveau est un système trop complexe pour qu'il existe un lien direct, linéaire et univoque entre quelques centimètres cubes de matière cérébrale localisés et un comportement (déviant ou non). Ensuite parce que se pose le problème de l'interdépendance fonctionnelle du cerveau avec ses environnements (physique et social). En l'état actuel des connaissances sur le fonctionnement du cerveau, il n'est pas possible d'identifier un criminel ou un comportement déviant sur le fondement unique de données fournies par les neurosciences, sans confronter ces résultats à des informations sur l'histoire de l'individu, sa clinique, son expérience, sa sociologie, son comportement et le contexte socioéconomique dans lequel il évolue. Enfin parce que les théories du fonctionnement cognitif sont nombreuses et tendent plus aujourd'hui vers une conception de la cognition incarnée et distribuée dans le cerveau plutôt que localisée» (Oullier, 2012). Pour Oullier, «la réflexion va bien au-delà de considérations techniques, méthodologiques et théoriques sur le fonctionnement du cerveau qui seraient réservées aux spécialistes de neurosciences» (Oullier, 2012). L'auteur y distingue trois enjeux principaux. Premièrement, l'apport des neurosciences sur les questions fondamentales du droit et, entre autres, sur les notions de vérité et de responsabilité individuelle. Deuxièmement, la nécessité d'avoir une méthode fiable dans les moyens mis en œuvre entre les diagnostics et l'utilisation de l'imagerie cérébrale. Troisièmement, les questions éthiques et pratiques qui nécessitent de former tous les acteurs d'un procès à ces nouvelles connaissances, tant dans leurs limites que dans l'attente que l'on peut en avoir, sans oublier les aspects éthiques liés à l'utilisation de telles informations (Oullier, 2012). La France, par la loi de bioéthique révisée en 2011, autorise l'utilisation de l'imagerie cérébrale dans un contexte d'expertise judiciaire. Si ce droit fait débat, tant au sein de la communauté scientifique que législative, l'auteur s'inter-

roge: «L'imagerie cérébrale est-elle le «nouvel ADN» – à savoir une technique décrite pour l'instant, comme le furent les tests génétiques lorsqu'ils furent introduits dans les procédures judiciaires - mais qui deviendra standard dans les années à venir?» (Oullier, 2012).

Selon certains auteurs, l'imagerie cérébrale permettrait de lire dans nos pensées, de deviner nos préférences politiques, de prédire nos compétences sociales et de dévoiler notre personnalité (Alberganti, 2003). Ainsi, en nous limitant aux deux exemples dans le domaine de la prise de décision et du droit, nous illustrons clairement l'adaptation actuelle de la société à cette méthodologie et à ce courant scientifique que sont les neurosciences. Ces exemples illustrent également les questions éthiques et les polémiques que l'utilisation de ce courant dans la société peut entraîner.

La méthodologie des neurosciences en question

Une image réalisée par la méthodologie d'imagerie par résonance magnétique dans le cadre d'études en sciences cognitives n'est en fait qu'une représentation visuelle d'un ensemble de mesures complexes issues de nombreuses transformations mathématiques reposant sur des postulats qui font encore débat parmi les spécialistes (Guillaume *et al.*, 2013).

La neuroimagerie repose sur un marché mondial que se partagent trois constructeurs. Pour certains auteurs, «un tel contexte augmente le risque de petits arrangements avec la rigueur scientifique, de sélection des données, de soumission à la science-spectacle, voire de tricherie. Proposer des solutions simples fondées sur ces technologies complexes permet de trouver une oreille attentive auprès des pouvoirs publics; mais affirmer que les images du cerveau démontrent la validité d'une méthode pédagogique, d'un modèle économique ou d'une décision de justice présente un risque de dérives idéologiques, scientifiques, politiques et sociétales. Si la délinquance, l'échec scolaire ou la pauvreté peuvent se diagnostiquer à partir de neuro-images, à quoi bon continuer, par exemple, à investir dans de coûteuses politiques d'éducation, de prévention et d'insertion sociale?» (Clément *et al.*, 2014).

Si le cerveau est indubitablement le substrat matériel de notre activité mentale, il ne pense pas, car seule la personne pense. Le contenu des pensées trouve son origine dans nos expériences, dans notre vie intrapsychique et dans les relations intersubjectives. C'est donc à l'extérieur du cerveau, dans le monde spécifique que le sujet se fait à l'intérieur et à l'extérieur, que l'origine des pensées se trouve. Il ne faut dès

lors pas oublier que les images issues de la neuroimagerie sont des corrélats biologiques, la condition objective de la réalité mentale, et que le cerveau est façonné par la réalité mentale elle-même et l'expérience du sujet dans le monde.

Récemment, Ioannidis a suggéré que beaucoup et peut-être la majorité des conclusions tirées de la recherche biomédicale étaient probablement fausses (Ioannidis, 2005 et 2014). Une cause importante de ce phénomène est que les chercheurs doivent publier pour réussir leur carrière et que cette entreprise est hautement compétitive. Les recherches montrant de nouveaux résultats, avec des statistiques significatives (typiquement à un $p < 0,05$) et ayant un résultat clair et propre, ont une plus grande probabilité d'être publiées (Button *et al.*, 2013). Certaines critiques pointent l'usage de mathématiques trop simplistes qui ne rendraient pas compte de la complexité du système humain comportant un nombre de paramètres a priori infini (Boraud et Gonon, 2013). Bien que l'outil mathématique soit par définition toujours réducteur par rapport aux paramètres infinis de la réalité, il n'en reste pas moins que de nombreux chercheurs travaillent avec des mathématiciens et que des outils mathématiques non simplistes existent (Wallisch *et al.*, 2008). Boraud et Gonon (2013) pointent également que les études neuroscientifiques ont tendance à favoriser une vision finaliste et à expliquer que telle structure, que telle activité ou que telle molécule sert à une fonction. Une fonction biologique est une propriété émergente qui a été conservée par les mécanismes de la sélection (naturelle) durant l'évolution car elle fournit un avantage aux organismes qui en sont dotés. La fonction réfère ainsi à un processus allant de l'avant, partant de l'objet ou du processus, vers le but tout en passant par des chaînes causales. Cela contraste avec la notion de mécanisme qui tend à regarder en arrière pourquoi une caractéristique est survenue (Dusenbery, 1992). Une vision finaliste trop simpliste risque d'être adoptée au premier degré par la société, au risque de ne plus voir qu'il s'agit d'une manière de considérer le vivant et d'interpréter des résultats afin qu'ils soient expressément compris le plus aisément possible par la société. Ainsi la description de mécanismes et non de fonctions pourrait éventuellement permettre de s'éloigner de cette difficulté mais est nettement moins facilement accessible au grand public.

L' « ad » d'adaptation : une finalité rassurante mais improbable

Nous venons de le voir, une critique des recherches publiées en neurosciences serait un excès de finalisme (Boraud et Gonon, 2013). Cependant, l'être humain a tendance à vouloir maîtriser son environnement afin d'en palper la variabilité et la fiabilité en termes de sécurité pour lui ou pour les siens. La vision finaliste du monde fait ainsi probablement intrinsèquement partie d'une vision évolutionniste de l'humain. L'aptitude est ainsi acquise « en vue de » et sa subsistance au fil du développement est réalisée « en vue de ». La rationalisation qui est faite des observations et l'utilitarisme de toute chose organisent le vivant en un tout cohérent et donnent un sens (même une direction) à la vie et aux transitions successives qui semblent dès lors être guidées par une trame rassurante.

Selon le Trésor de la Langue Française², le substantif “adaptation” est utilisé par Darwin [1809-1882] dans la première édition de 1859 de *L'Origine des espèces*. Il semble l'avoir emprunté à William Paley [1743-1805], philosophe britannique, membre du clergé anglican, dont les ouvrages ont beaucoup influencé Darwin et chez qui le terme apparaît dès 1790. « Le point de rencontre entre Darwin et Paley [...] réside dans le concept d'adaptation, intrinsèquement corrélé chez Paley à celui de perfection. » Ce concept qui est l'un des problèmes majeurs de l'histoire naturelle est le lien qui unit Darwin à Paley tout en étant le pivot de deux conceptions antagonistes de l'économie naturelle (issue de la tradition linnéenne). La perspective de Paley est arrimée à une vision fixiste du vivant et à une pré-adaptation universelle, tandis que celle de Darwin repose sur une vue radicalement anti-théologique et en la croyance de la puissance de la sélection illimitée. Ainsi alors que Paley a une vision finaliste de l'évolution où la perfection est empreinte de théologie, Darwin a une vision anti-théologique mettant l'accent sur la sélection naturelle. L'adaptation se fait pour Paley en fonction d'un dessein intelligent inconnu de nous et pour Darwin en fonction d'un bénéfice à acquérir qui augmentera la survie. Il y a donc un passage de Dieu à l'homme (et aux autres animaux) en termes d'adaptation. D'un dessein rassurant dont nous n'avons pas la charge, nous passons donc à une sélection naturelle où nous sommes davantage responsables de notre survie.

Henri Bergson écrit dans *L'évolution créatrice* : « Si je verse dans un même verre, tour à tour de l'eau et du vin, les deux liquides y prendront

2. www.atilf.fr/spip.php?rubrique77

la même forme, et la similitude de forme tiendra à l'identité d'adaptation du contenu au contenant. Adaptation signifie bien alors insertion mécanique. C'est que la forme à laquelle la matière s'adapte était déjà là, toute faite, et qu'elle a imposé à la matière sa propre configuration. Mais quand on parle de l'adaptation d'un organisme aux conditions dans lesquelles il doit vivre, où est la forme préexistante qui attend sa matière? » (Bergson, 1907). Bergson propose dans son ouvrage l'idée d'une « création permanente de nouveauté » par la nature. Il oppose à l'explication de l'évolution *finaliste* (où un plan est déjà prévu; l'accent étant mis sur les causes finales ou les buts comme dans les théories héritées d'Aristote ou de Leibniz après lui) et *mécaniste* (où un plan est facilement et simplement prévisible à partir des paramètres de départ; l'accent étant mis sur les causes efficientes, la causalité scientifique, comme dans les théories héritées de Descartes) sa notion d'*élan vital* selon laquelle il n'y aurait pas de plan prévu. L'évolution serait imprévisible et le monde s'inventerait sans cesse sans que la trame de l'évolution ne préexiste. Bergson montre ainsi que l'explication finaliste ou mécaniste sont deux visions, qui bien que souvent montrées en opposition, reviennent au même dans le traitement de l'évolution : le but est poursuivi dès le début « par nature » ou en fonction des paramètres en présence. L'évolution dépendrait pour Bergson de l'élan vital et serait imprévisible. L'« ad », le but serait donc proximal, dans un proche actuel, et non distal vers un but inconnu.

Conclusion

Dans cet article, nous avons vu que les neurosciences peuvent être perçues comme ambitieuses et toutes-puissantes, les détracteurs mettant en avant un danger de réductionnisme et une déshumanisation. Mais ces craintes pourraient éventuellement être la cristallisation d'un fantasme de maîtrise et permettre une non-remise en question d'autres approches sur des thèmes semblables. Nous avons vu que la société s'adapte aux avancées des neurosciences et intègre certaines méthodologies et certaines découvertes dans des domaines très variés tels la prise de décision ou le neurodroit. Nous pouvons dès lors nous questionner légitimement sur la neuro-société de demain. Nous avons vu que la méthodologie des neurosciences est elle-même fréquemment remise en question et nécessite que chacun en connaisse les limites sans s'en tenir aux seules promesses, afin d'en apprécier les efforts sans lui faire porter un rôle messianique qui ne pourrait que s'avérer déce-

vant. L'adaptation, avec son «ad», promesse d'une finalité certaine, peut s'avérer rassurante car si le trajet est incertain, le but est certain, mais d'aucuns proposent que cela puisse être totalement improbable.

Remerciements

Nous remercions les évaluateurs anonymes pour leurs commentaires constructifs qui nous ont permis d'améliorer notre manuscrit.

Bibliographie

- Alberganti, M. (2003, 19 septembre). Les neurosciences viennent à la rencontre de la psychiatrie. *Le Monde*.
- Bergson, H. (2013). *L'évolution créatrice*, Paris : Presses Universitaires de France (1907, 12^e édition 2013).
- Boraud, T. et Gonon, F. (2013, 30 septembre). Neurosciences, les limites de la méthode. *Le Monde Sciences et Techno*.
- Button, K. S., Ioannidis, J. P. A., Mokrysz, C., Nosek, B. A., Flint, J., Robinson, E. S. J. et Munafò, M. R. (2013). Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience, *Nat Rev Neurosci.*, 14(5): 365-376.
- Clément, E., Guillaume, F., Tiberghien, G. et Vivicorsi, B. (2014, septembre). Le cerveau ne pense pas tout seul. *Le Monde diplomatique*.
- Dusenbery, D. B. (1992). *Sensory Ecology*. New York, N.Y.: W.H. Freeman.
- Guillaume, F., Tiberghien, G. et Baudouin, J.Y. (2013). *Le cerveau n'est pas ce que vous pensez. Images et mirages du cerveau*. Grenoble, France : Presses universitaires de Grenoble.
- Hacking, I. (2002). *Les Fous voyageurs, Les empêcheurs de penser en rond*, Paris, France : Le Seuil.
- Ioannidis, J. P. A. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS Med*, 2, e124.
- Ioannidis, J. P. A. (2014). How to make more published research true. *PLoS Med*, 11(10): e1001747.
- Meyniel, F., Safral, L., Pessiglione, M. (2014). How the brain decides when to work and when to rest: dissociation of implicit-reactive from explicit-predictive computational processes. *PLoS Comput Biol.*, 17; 10(4): e100358.
- Morin, H. (2014). Que pensent et que veulent les neurosciences cognitives ? *Revue Cités*, n° 60, Paris, Presses Universitaires de France.
- Oullier, O. (2012) (Coordinateur). *Le cerveau et la loi: analyse de l'émergence du neurodroit*. Centre d'analyse stratégique.
- Wallisch, P., Lusignan, M. E., Benayoun, M. D., Baker, T. I., Dickey, A. S. et Hatsopoulos, N. G. (2008). *MATLAB for Neuroscientists: An Introduction to Scientific Computing in MATLAB*, Academic Press.

Perspective biopsychologique systémique des émotions de base¹

Benoît Poisson^a

RÉSUMÉ La perspective biopsychologique systémique des émotions de base est un modèle heuristique permettant de mieux comprendre comment l'individu apprend à s'adapter à son environnement grâce aux différentes émotions qui se sont développées progressivement en même temps que la myélinisation des circuits neurohormonaux, de la naissance jusqu'à environ vingt et un ans. Ce sont ces mêmes émotions, agissant en complémentarité, qui vont permettre à l'individu de maintenir son équilibre tout au long de sa vie.

Cinq émotions de base ont été retenues, car dans la documentation scientifique, cinq circuits neuronaux associés aux émotions sont définis, soit les cinq circuits décrits par Panksepp: celui de l'agressivité (rage-colère), celui du stress (peur-surprise), développé par LeDoux, celui de la récompense (recherche-joie), développé par Tassin, celui de l'empathie (panique-tristesse), développé par Decety, et celui de la conscience (conscience-bonheur), développé par Damasio.

MOTS CLÉS émotions, circuits neurohormonaux, neurosciences, équilibre

Systemic biopsychological perspective of basic emotions

ABSTRACT The systemic biopsychological perspective of basic emotions is a heuristic model that allows a better understanding of how people learn to adapt to their environment through different emotions that developed gradually along neurohormonal circuit myelination from birth until about the age of twenty-one.

a. D. Psy., psychologue-formateur.

1. L'auteur remercie sincèrement Dre Andrée G. Roberge, Ph. D., pour son soutien tout au long de la réalisation de cet article.

These same emotions, acting in complementarity, will allow the individual to maintain a balance throughout his life.

Five basic emotions were retained in line with the five emotions related to neuronal circuits, which are defined in the literature, and these are the five circuits described by Panksepp as follows: aggressiveness (Rage, angry), stress (Fear-surprise), developed by LeDoux, reward (Seeking-joy), developed by Tassin, empathy (Panic-sadness), developed by Decety, and consciousness (consciousness-happiness), developed by Damasio.

Several studies on myelination (Kinney, 1988, Parazzini, 2002, Deoni, 2012), Miller, 2012, and Welker, 2012) provide us with a scientific platform to determine the order of development of the neurohormonal circuits underlying basic emotions.

Neurohormonal circuits development begins at conception and will continue up until the age of 20-30 years. This article specifically addresses the first three years of life. It offers a systemic biopsychological perspective of basic emotions developed from the latest data in neuroscience. These informations have been integrated into a coherent whole that allows understanding the origin, the development and the functioning of basic emotions.

In addition to the information output from the thalamus to the midbrain that set in motion the somatic nervous system there exist, according to Roberge (1998), two other brain information sources that are managed by the hypothalamus (the limbic system). These two information sources allow the refining of the behavioural responses and they favour the homeostasis of the organism. The first information source goes from the midbrain to the hypothalamus to activate the peripheral nervous system. The latter is divided into two: the sympathetic (norepinephrine) that accelerates the motor response and the parasympathetic (acetylcholine), which slows it down. These two systems work in tandem. As for the second release of information, it is endocrine, thus it will follow the hypothalamus-pituitary-adrenal axis to cortisol, the hypothalamus-pituitary axis to endorphin and oxytocin and the hypothalamus-pineal axis to melatonin. The different emotional behaviours result from one of these two sources of information or from a combination of these two and are then managed by the limbic system, which is in continuous connection with the neocortex.

In short, no specific centre totally controls human behaviour. Control is achieved through a group of brain structures and relays, permitting adaptive behaviour and maintenance of balance by means of permanent exchanges. Anger, for instance, is a survival emotion, which allows protecting one's physical integrity. It is very useful as an immediate response in an emergency situation, but it can also be harmful if it is used extensively in all situations, giving way to conduct disorders. Thus, the other neurohormonal circuits will regulate anger.

Emotions are an integral part of human behaviour. They allow the individual to constantly adapt to the physical and social environment. This approach brings a new perspective to understand how each person maintains balance to avoid the

onset of clinical disorders. The understanding of neurochemical mechanisms underlying basic emotions opens up the door to several clinical applications.

KEYWORDS emotions, neurohormonal circuits, neuroscience, balance

Les recherches en neurosciences ont fait beaucoup de progrès au cours des dernières décennies et ont permis une meilleure compréhension du comportement humain. Plusieurs chercheurs ont fourni ces dernières années des fondements neuroscientifiques aux émotions de base. Panksepp (2011) et Damasio (2010) ont développé chacun un modèle selon trois niveaux. Ekman (2007) a identifié six émotions de base : la colère, le dégoût, la surprise, la peur, la joie et la tristesse. Récemment, Jack (2014) a conclu à l'existence de seulement quatre émotions de base. Le dégoût serait associé à la colère et la peur à la surprise, ce qui apporte un appui aux quatre émotions de base chez les animaux, décrites par Panksepp (1998), soit la rage, la peur, la recherche et la panique. Cinq émotions de base ont été retenues, car dans la documentation scientifique, cinq circuits neuronaux associés aux émotions sont définis, soit les cinq circuits décrits par Panksepp : celui de l'agressivité (rage-colère), celui du stress (peur-surprise), développé par Le Douarin, celui de la récompense (recherche-joie), développé par Tassin, celui de l'empathie (panique-tristesse), développé par Decety, et celui de la conscience (conscience-bonheur), développé par Damasio.

L'émotion se définit comme une agitation passagère dans le déploiement normal des tendances relativement à une nouvelle situation. Lorsque des stressors viennent perturber l'équilibre, différents circuits neurohormonaux sont sollicités pour permettre le retour à l'homéostasie, amenant le changement à court terme du comportement. L'émotion est donc la réaction à court terme qui permet à l'individu de s'adapter à son environnement en maintenant son équilibre au jour le jour.

Plusieurs recherches sur la myélinisation (Kinney, 1988 ; Parazzini, 2002 ; Deoni, 2012), Miller, 2012 et Welker 2012) apportent des fondements scientifiques permettant de situer l'ordre de développement des circuits neurohormonaux qui sous-tendent les émotions de base. Le classement des émotions de base pour chacun des niveaux du modèle de Panksepp et du modèle de la biopsychologie systémique est présenté au Tableau 1.

Le cerveau fonctionne grâce à des circuits nerveux, hormonaux et immunitaires qui sont appelés circuits neurohormonaux. Ce sont des systèmes programmés à la base par les gènes qui se développent d’abord dans un environnement restreint, soit l’utérus de la mère, et par la suite dans un environnement social dès la naissance.

Le modèle biopsychologique systémique vise à mieux comprendre le développement et le fonctionnement des circuits neurohormonaux soutenant les émotions de base. Le développement commence dès la conception et s’échelonne jusque vers 20-30 ans. Cet article traite spécifiquement des trois premières années de vie. Il propose une perspective biopsychologique systémique des émotions de base élaborée à partir des récentes données en neurosciences. Ces données ont été intégrées en un tout cohérent permettant de comprendre l’origine, le développement et le fonctionnement des émotions de base. Chaque émotion de base est soutenue par des circuits neurohormonaux spécifiques: la colère par les circuits neurohormonaux de l’agressivité, la surprise par ceux du stress, la joie par ceux de la récompense, la tristesse par ceux de l’empathie et le bonheur par ceux de la conscience. Ce modèle va permettre une application clinique dont l’objectif est d’apporter aux clients une compréhension biopsychologique systémique pour les aider à retrouver et à maintenir leur équilibre.

TABEAU 1

Différents modèles des émotions et de la conscience relativement à la myélinisation et au modèle biopsychologique systémique. Panksepp et Damasio ont développé un modèle des émotions selon trois niveaux. Une proposition de classement des émotions pour chacun des niveaux y est présentée.

Welker et Patton, 2012, Assessment of Normal Myelination with MRI	Modèle de Panksepp ¹	Modèle de Damasio ¹	Modèle de Jack ¹ (P. Ekman)	Modèle de la biopsychologie systémique, Poisson
À 3 mois, la myélinisation est complète dans la capsule interne et elle se continue dans la matière blanche sous-corticale. À 4 mois, le corps calleux est myélinisé.	Processus primaire des émotions RAGE / Colère (Affects sensoriels) (amygdale médiale au BNST, l'hypo-thalamus médial et périfornical au PAG) LUXURE / Sexualité (cortico-médial amygdale, BNST, l'hypothalamus préoptique, VMH, PAG)	Conscience inaugurale (Proto-soi, cartes corporelles)	Colère (Dégoût)	Colère Circuits neuronaux de l'agressivité de Panksepp (thalamus, amygdale, hypothalamus, PAG)

À 6½ mois, la myélinisation du de la face ventrale du pont est complète. À 7 mois, les fibres en U sous-corticales du lobe occipital sont myélinisées (Parazzini, 2002)	Processus secondaire des émotions (Apprentissages, conditionnement, habitudes) PEUR / anxiété (amygdale centrale et latérale à l'hypothalamus médial et dorsal, PAG)		Surprise (Peur)	Surprise Circuits neuronaux de la peur (stress) de LeDoux (thalamus, cortex associatifs, hippocampe, amygdale, hypothalamus, PAG, cortisol)
Vers 12 mois, les régions myélinisées s'étendent dans les fibres en U sous-corticales des lobes frontaux et temporaux ainsi que tout au long du cervelet. Vers 14 mois, ce sont les lobes occipitaux qui deviennent myélinisées tandis que les lobes frontaux le seront vers seize mois.	RECHERCHE / système d'attente (Noyau accumbens, VTA, hypothalamus latéral, PAG) JEU / joie (dorso-médial diencéphale, aire parafasciculaire, PAG)	Conscience modifiée (Soi noyau, marqueurs somatiques) 1. Damasio, A. (2010). L'autre moi-même, les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions. Éditions Odile Jacob.	Joie	Joie Circuits neuronaux de la récompense de Decety (thalamus, cortex préfrontal, ATV, septum, accumbens, amygdale)
À 18 mois, la myélinisation est pré-dominante dans la matière blanche sous-corticale, surtout en arrière et beaucoup moins de myélinisation sous-corticale dans les lobes frontaux. Cependant, la face antérieure des lobes frontaux et temporaux va être complétée vers 24 mois.	PANIQUE / Séparation Cortex cingulaire antérieur, BNST et aire préoptique, thalamus dorsomédial, PAG) SOIN / Maternance (cortex cingulaire antérieur, BNST, aire préoptique, VTA, PAG)		Tristesse	Tristesse Circuits neuronaux de l'empathie de Tassin (thalamus, cortex cingulaire, cortex préfrontal, amygdale hypothalamus, PAG)
À 28 mois, la substance blanche cortical est myélinisée à l'exception des pôles temporaux antérieurs et des zones terminales périatriales. La myélinisation des zones terminales est complète vers 36-40 mois	Affects tertiaires et conscience (fonctions exécutives cognitives, libre arbitre, néocortex frontal médial) 1. Panksepp, J. (2011) Cross-Species Affective Neuroscience Decoding of the Primal Affective Experiences of Humans and Related Animals. PLoS ONE 6(8):e21236. Doi:10.1371/journal.pone.0021236	Conscience étendue (Soi autobiographique, archivage organisé) thalamus, précunéus, cortex cingulaire, cortex préfrontal, insula	1. Jack, R. et al. (2014). Dynamic Facial Expressions of Emotion Transmit an Evolving Hierarchy of Signals over Time. <i>Current Biology</i>, vol. 24, no. 2, pp. 187-192	Bonheur Circuits neuronaux de la conscience de Damasio (thalamus, précunéus, cortex cingulaire, cortex préfrontal, insula)

Origines des circuits neurohormonaux

Les gènes sont à la base de la spécificité des circuits neurohormonaux de chaque individu qu'on appelle l'hérédité. Selon Ginger (2002) et Zuckerman (2003), l'hérédité compte pour environ un tiers du comportement humain. Donc, la conception a son importance et peut avoir

des répercussions sur le futur développement du fœtus. Certaines personnes héritent de prédispositions plus favorables à l'adaptation alors que d'autres reçoivent une hérédité plus fragile entraînant davantage de difficultés à s'adapter.

Les apprentissages lors de la période fœtale contribuent pour le deuxième tiers, influençant l'établissement du comportement. Dès les premiers mois de la vie du fœtus, le développement des circuits neuro-hormonaux est soumis au climat utérin. Le troisième tiers influençant l'établissement du comportement débute à partir de la naissance. Le nouveau-né fera des apprentissages en fonction de son environnement physique et social, d'où l'importance d'un milieu stable et stimulant. C'est ainsi que l'environnement va moduler ce que l'individu a reçu génétiquement, tel que décrit par Anacker (2014) en épigénétique.

Panksepp (1998), Giedd (1999) et Schore (2008) ont précisé que les connexions entre les différentes structures du cerveau apparaissent graduellement avec la maturation cérébrale et qu'elles sont le résultat d'une longue sélection au cours de l'évolution.

Développement des circuits neurohormonaux

Le nouveau-né est un être essentiellement sensorimoteur. Toutes les structures neuronales sont présentes à sa naissance, mais les connexions ne sont pas encore toutes complétées. Selon Giedd (1999) et Welker (2012), certaines connexions sont bel et bien établies durant la période fœtale, mais d'autres le seront graduellement après la naissance et permettront une plus grande variété de réponses comportementales. La myélinisation est responsable de ce processus.

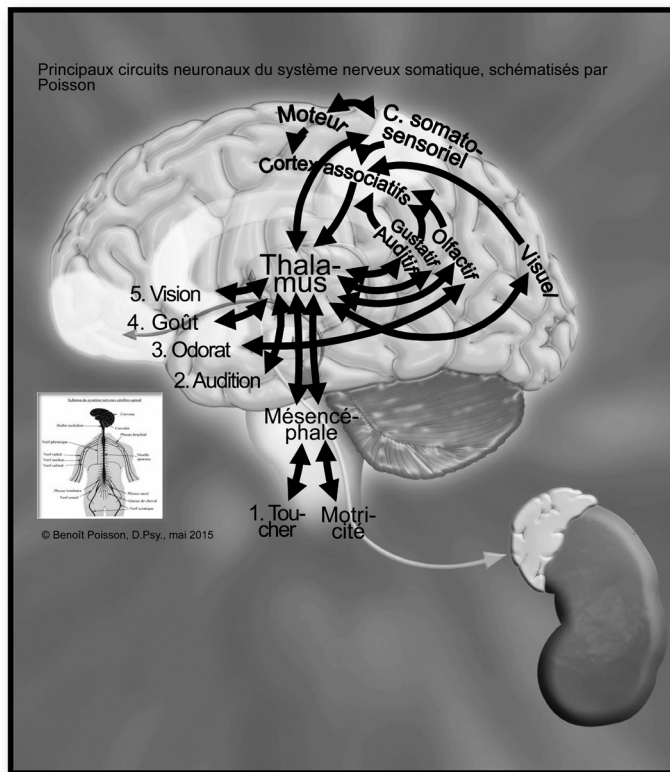
La myélinisation du cerveau humain débute pendant la vie fœtale et se poursuit après la naissance d'une manière prédéterminée et bien définie. Les études d'imagerie par résonance magnétique de Dietrich (1988) et Staudt (1993) ont montré que la myélinisation de la matière blanche sous-corticale part de la circonvolution péricentrale vers les lobes dans l'ordre suivant : lobes occipitaux et pariétaux vers cinq à six mois, lobes frontaux et temporaux vers neuf à onze mois et continue dans la deuxième décennie de la vie. En résumé, selon Parazzini (2002), la myélinisation se fait du centre vers la périphérie, de caudale (arrière) à rostrale (avant), de dorsale (supérieure) à ventrale (inférieure). Premièrement, les régions sensorielles visuelles et auditives sont myélinisées avant les régions motrices; deuxièmement, les régions proches du sous-système neuroanatomie sont myélinisées

avant les composantes plus distantes; troisièmement, les voies de projection sont généralement myélinisées avant les voies associatives. La substance blanche péririgonale est complètement myélinisée vers l'âge de 20 mois tout comme les lobes frontaux et temporaux, mais la myélinisation n'est pas complétée dans les lobes pariétaux. La myélinisation semble complète vers l'âge de 36 à 40 mois.

La myélinisation étant commencée lors de la période fœtale, le nouveau-né expérimente dès le cinquième mois de vie fœtal un premier sens, le toucher. Puis c'est le sens de l'ouïe qui devient fonctionnel vers le sixième mois, et ensuite le sens de l'odorat et du goût au début du troisième trimestre. La vue sera le dernier sens à prendre place chez le fœtus, mais deviendra prédominante peu après la naissance.

FIGURE 1

Principaux circuits neuronaux du système nerveux somatique schématisés par Poisson.



Selon Welker (2012), les régions myélinisées chez le nouveau-né sont les structures médullaires, la protubérance dorsale, les pédoncules cérébelleux inférieurs et supérieurs, le mésencéphale et le thalamus ventral latéral. La myélinisation est aussi intense dans les voies corticales vers la région périrolandique. Comme illustré à la Figure 1, les connexions se sont donc établies à partir des sens jusqu'aux cortex sensoriels primaires en passant par le thalamus sauf pour l'odorat qui passe directement au cortex olfactif avant de revenir au thalamus. Le thalamus est un centre d'intégration et de régulation de l'information. Il achemine celle-ci aux différents cortex primaires et de là, l'information passe aux cortex associatifs afin d'obtenir davantage d'informations pour permettre la réponse la plus adaptée. Cette première sortie d'information par le système nerveux somatique est tout simplement une réponse motrice automatique au niveau du mésencéphale, soit un réflexe. C'est de cette façon que se développent des routes et des autoroutes de l'information, appelées « circuits neuronaux ».

Les principaux circuits neurohormonaux de l'agressivité (colère)

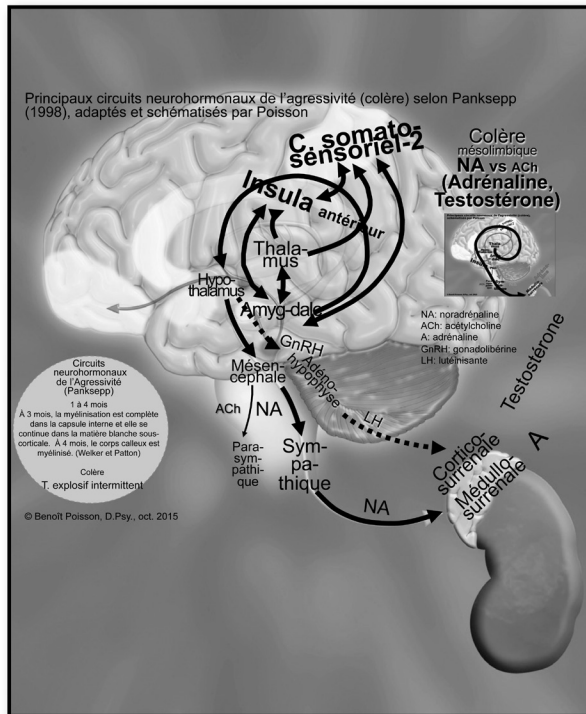
Les circuits neurohormonaux de l'agressivité sont les premiers à se développer chez le nouveau-né. Ils favorisent l'émergence d'une première émotion, la colère. Elle permet au nouveau-né d'exprimer ses besoins physiologiques par des cris et des pleurs et ainsi d'alerter l'adulte responsable. Une réponse favorable à un besoin physiologique non répondu permettra de rétablir l'équilibre rompu. C'est le seul moyen que possède le nouveau-né pour communiquer sa douleur, car il est totalement dépendant des autres. Il fait un premier apprentissage de la colère pour exprimer ses besoins de survie, ce qui est déjà une première marque d'affirmation.

À deux mois, selon Welker (2012), il y a un haut signal de myélinisation des parties postérieures des capsules internes et du pédoncule cérébelleux. À trois mois, la myélinisation est complète dans la capsule interne et se continue dans la matière blanche cérébelleuse profonde et dans la substance blanche sous-corticale. À quatre mois, le corps calleux est myélinisé de la région antérieure à la région postérieure.

Ainsi, les premières connexions deviennent fonctionnelles entre le thalamus et le système limbique, comme illustré à la Figure 2. Le thalamus qui reçoit l'information à partir des différents cortex associatifs la transmet à l'insula antérieure qui est un centre d'évaluation des états viscéraux et au cortex somatosensoriel secondaire qui est un centre de

FIGURE 2

Principaux circuits neurohormonaux de l'agressivité (colère) selon Panksepp (1998) adaptés et schématisés par Poisson. Les flèches $\longleftrightarrow$ représentent les voies noradrénergiques. Les flèches pointillées $\dashrightarrow$ représentent l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien.



l'évaluation de la douleur physique. Ces deux structures sont en étroite relation. Selon l'intensité du signal d'une ou de ces deux structures, l'amygdale, qui est souvent désignée comme le signal d'alarme, va être activée et enclenchera, en passant par l'hypothalamus, une réponse motrice. Panksepp (1998) décrit que les connexions du circuit neuronal de la rage passent de l'amygdale à l'hypothalamus médian puis au mésencéphale (substance grise périaqueducale, PAG) qui enclenche une réponse motrice automatique. Lorsqu'un besoin physiologique n'est pas comblé, Lacombe (2007) précise que l'amygdale va commander à l'hypothalamus, en passant par le mésencéphale (PAG), d'activer le système sympathique (augmentation de la pression sanguine, transfor-

mation des lipides en glucides, etc.). Celui-ci, à son tour, par les fibres préganglionnaires, va faire produire de l'adrénaline dans les médullosurrénales pour une réponse comportementale rapide, telle que la lutte ou la fuite, afin de combler ce besoin physiologique non répondu.

Ce sont les voies noradrénergiques périphériques, prédominant dans ces circuits, qui sont à la base de la colère. Par contre, elles sont contrebalancées par les voies cholinergiques du système nerveux parasympathique. C'est ainsi qu'apparaît un premier niveau d'équilibre. En effet, lorsqu'il entre en fonction, le système parasympathique, connu comme le frein, permet de récupérer, de refaire des réserves et par conséquent, de rétablir l'homéostasie.

Les principaux circuits neurohormonaux du stress (surprise)

Les deuxièmes circuits neurohormonaux à prendre place sont ceux du stress. Ils permettent au nourrisson de reconnaître la différence entre maman, papa et les autres. Cela l'amène à réagir à ce qui est inconnu en sursautant ou en figeant. Il ne sourit plus spontanément à n'importe qui et il pourra détourner le regard pour fuir un nouveau visage. C'est ce qui est souvent appelé « période sauvage ». C'est de cette façon que cette deuxième émotion, la surprise, aide le nourrisson à apprendre à reconnaître ce qui lui est familier, ce qui lui procure la sécurité.

Selon Welker (2012), à six mois et demi, il y a un haut signal de myélinisation dans l'ensemble du corps calleux et la myélinisation de la face ventrale du pont est complétée. À sept mois, selon Parazzini (2002), les fibres en U sous-corticales du lobe occipital sont myélinisées.

Ainsi, les connexions neuronales entre le thalamus et le mésolimbique continuent de s'établir chez le nourrisson, comme illustré à la Figure 3. Selon LeDoux (1998), dans une situation de danger, mais non de survie, l'information passe du thalamus aux cortex associatifs unimodaux, ce qui permet de préciser l'objet du danger et d'envoyer cette information plus précise à l'amygdale. Parallèlement, à partir des cortex associatifs unimodaux, l'information se rend aux cortex associatifs polymodaux, ce qui permet de déterminer le concept, et à l'hippocampe, ce qui permet de préciser le contexte. Par la suite, ces analyses de l'information sont transmises à l'amygdale qui est d'avantage en mesure de commander la réponse la plus adaptée pour faire face à cette situation.

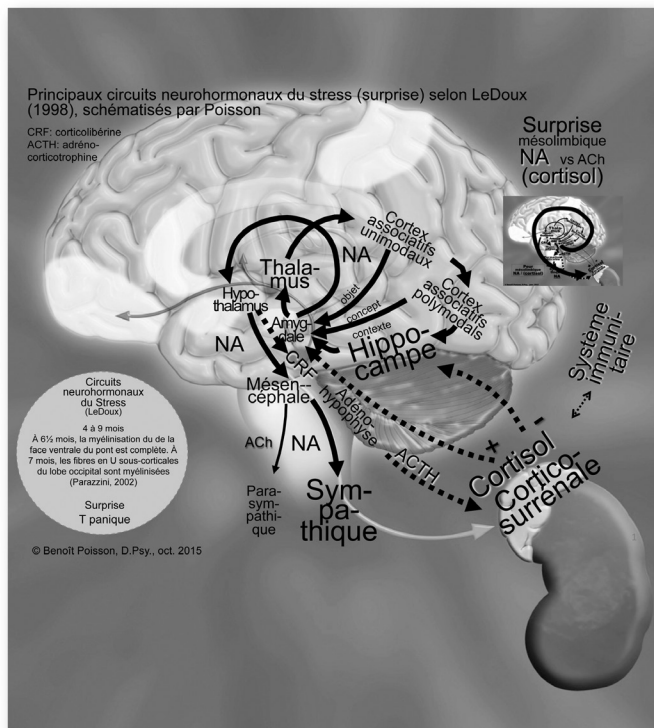
Lorsque l'hippocampe identifie un danger imminent, il envoie un message à l'amygdale, qui selon LeDoux (1998), va commander à

l'hypothalamus d'activer le système sympathique en passant par le mésencéphale. Parallèlement, en sécrétant de la corticolibérine (CRF), l'hypothalamus active l'hypophyse qui va sécréter, à son tour, de l'adrénocorticotrophine (ACTH), stimulant la production de cortisol au sein des corticosurrénales pour maintenir le plus d'énergie possible afin de faire face à cette menace. C'est l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS).

Ainsi, ces circuits neurohormonaux sont à la base de la surprise qui maintient un état de stress grâce à l'activation du système sympathique et à l'augmentation du cortisol. Cela permet au nourrisson de maintenir l'énergie nécessaire pour faire face au danger tant qu'il ne sera pas écarté. C'est le système inhibiteur de l'action (SIA) élaboré par

FIGURE 3

Principaux circuits neurohormonaux du stress (surprise) selon LeDoux (1998) schématisés par Poisson. Les flèches $\longleftrightarrow$ représentent les voies noradrénergiques et les flèches pointillées $\dashrightarrow$ représentent l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien.



Laborit (1970). Cependant, le cortisol est en interaction avec le système immunitaire. Lorsque le cortisol est en trop grande quantité, le système immunitaire s'affaiblit. Selon Lupien (2010), si une situation de stress persiste trop longtemps et que le niveau de cortisol devient trop élevé, cela peut conduire à l'épuisement et aux maladies psychosomatiques, telles que décrites par Selye (1955).

Lorsque le danger est écarté, le cortisol, qui a un effet de rétrocontrôle inhibiteur, va retourner un message à l'hippocampe lui indiquant que la situation est sous contrôle. À son tour, l'hippocampe va transmettre le message à l'amygdale pour faire cesser la production de CRF et la libération de l'ACTH, et permettre alors le retour à l'homéostasie. C'est ce deuxième niveau d'équilibre, grâce à l'axe HHS, qui permet au nourrisson de maintenir un sain développement.

Les principaux circuits neurohormonaux de la récompense (joie)

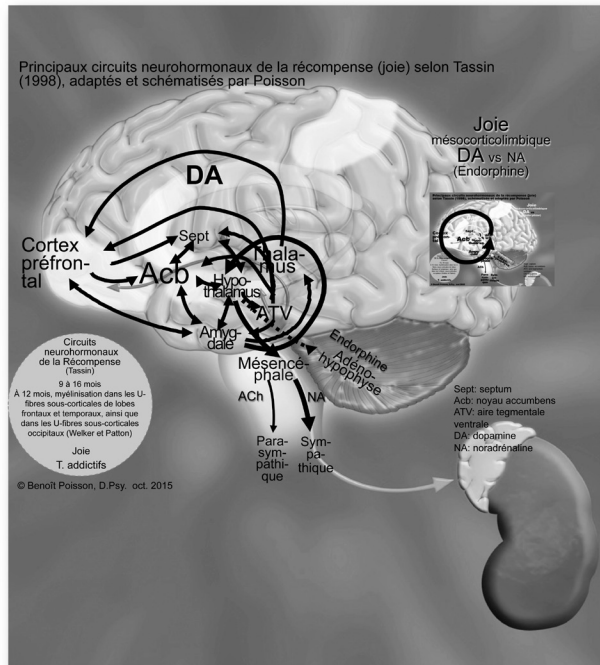
Le développement des circuits neurohormonaux de la récompense permet au nourrisson, qui commence à se déplacer, d'explorer et de découvrir son environnement, ce qui lui apporte du plaisir, d'où l'apparition d'une troisième émotion, la joie. Il fait plus d'activités par et pour lui-même. Le jeu prend une grande importance, lui permettant de développer de nouvelles habiletés tout en s'amusant.

Selon Welker (2012), vers 12 mois, les régions myélinisées s'étendent dans les fibres en U sous-corticales des lobes frontaux et temporaux de même que tout au long du cervelet. Vers quatorze mois, ce sont les lobes occipitaux qui deviennent myélinisés tandis que les lobes frontaux le seront vers seize mois.

Ainsi, les connexions du thalamus s'étendent maintenant jusqu'au cortex préfrontal qui est un centre de planification et de motivation de l'action de même que de stimulation de l'attention, comme illustré à la Figure 4. Selon Tassin (1998), ce niveau plus élevé d'action et d'attention entraîne une augmentation de la synthèse de dopamine dans l'aire tegmentale ventrale (ATV). Cette dopamine est envoyée dans le septum, ce qui déclenche la sensation de plaisir. De la dopamine est aussi envoyée dans les noyaux accumbens qui en informent l'amygdale et l'hypothalamus. L'augmentation de la dopamine dans les noyaux accumbens a un effet de renforcement sur les comportements qui permettent de satisfaire les besoins primaires. « Tous ces centres sont interconnectés et innervent l'hypothalamus, l'informant de la présence d'une récompense. L'hypothalamus agit alors en retour non seulement

FIGURE 4

Principaux circuits neurohormonaux de la récompense (joie) selon Tassin (1998) adaptés et schématisés par Poisson. Les flèches $\longleftrightarrow$ représentent les voies dopaminergiques et les flèches pointillées $\cdots\longleftrightarrow$ représentent l'axe hypothalamo-hypophysaire.



sur l'aire tegmentale ventrale, mais aussi sur les fonctions autonomes et endocrines de tout le corps par l'entremise de l'hypophyse» (Le plaisir et la douleur, McGill University, 2012). C'est le système de récompense qui favorise la satisfaction d'un besoin, ce qui amène la joie. Ce sont les voies dopaminergiques mésocorticolimbiques qui prédominent dans ces circuits neurohormonaux. Parallèlement, l'hypothalamus fait produire de la bêta-endorphine dans l'adénohypophyse qui va se déverser dans les noyaux accumbens, permettant l'établissement d'un renforcement positif selon Trezza (2010).

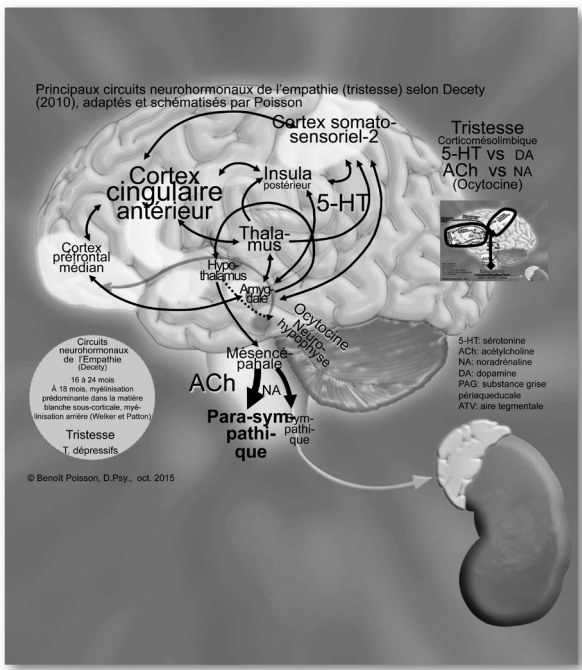
Le nourrisson profite pleinement de cette phase lorsque les deux premiers circuits neurohormonaux sont en équilibre. Sinon, la dopamine sera transformée en noradrénaline dans le mésencéphale et si

c'est nécessaire, en adrénaline dans les médullosurrénales pour retrouver l'équilibre au niveau des deux premiers circuits.

Les principaux circuits neurohormonaux de l'empathie (tristesse)

Le développement des circuits neurohormonaux de l'empathie permet au nourrisson la reconnaissance de soi (stade du miroir) et aussi la capacité de ressentir une nouvelle sensation: le mal-être, c'est-à-dire un profond malaise. Le nourrisson est aussi capable de ressentir ce mal-être chez les autres, grâce aux cellules miroirs (Decety, 2010). C'est ce qui le rend capable d'empathie. Cela lui permet de comprendre que l'autre a aussi des émotions. Il apprend qu'il n'est plus le centre du monde et qu'il doit tenir compte des besoins de l'autre, d'où l'apparition

FIGURE 5
Principaux circuits neurohormonaux de l'empathie (tristesse) selon Decety (2010) adaptés et schématisés par Poisson. Les flèches $\longleftrightarrow$ représentent les voies sérotoninergiques et les flèches pointillées $\dashrightarrow$ représentent l'axe hypothalamo-hypophysaire.



d'une nouvelle émotion : la tristesse. Il devient plus sensible à son environnement social puisqu'il n'est plus seulement centré sur ses besoins. Cela favorise la socialisation par le développement d'un réseau relationnel restreint à la famille immédiate dans un premier temps.

À 18 mois, selon Welker (2012), la myélinisation est prédominante dans la matière blanche sous-corticale, surtout en arrière et beaucoup moins dans les lobes frontaux. La myélinisation de la matière blanche sous-corticale des lobes occipitaux est terminée vers l'âge de 15 mois. La face antérieure des lobes frontaux et temporaux va être complétée vers 24 mois.

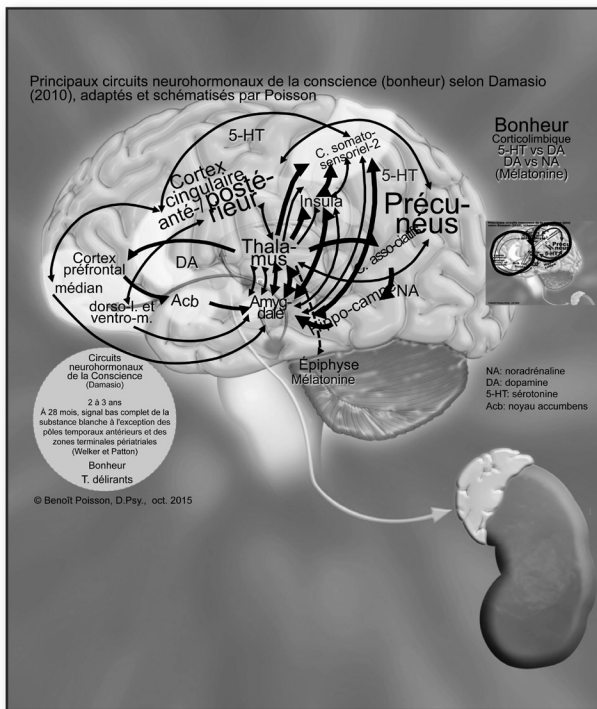
Ainsi, les connexions continuent de s'établir au niveau du néo-cortex, comme illustré à la Figure 5. Selon Decety (2010), dans un premier temps, ce sont les connexions qui se font avec l'insula postérieure qui apporte l'information des états viscéraux et les cortex somatosensoriels secondaires, centres d'évaluation de la douleur physique. Ces connexions vont par la suite aux cortex cingulaires antérieurs qui apportent le côté émotif de la douleur, c'est-à-dire le mal-être, et aux cortex préfrontaux médians qui, selon l'intensité du mal-être, vont informer l'amygdale. Alors, l'amygdale est en mesure de commander à l'hypothalamus de ralentir l'activation, ce qu'il fait en activant le système parasympathique qui utilise de l'acétylcholine (ACh) comme neurotransmetteur et favorise de cette façon la récupération. Cette fois-ci, le principal neurotransmetteur est la sérotonine (5-HT), un neurotransmetteur qui, selon Roberge (1976), est en opposition avec la dopamine, car il a comme effet de ralentir l'activation. Parallèlement, l'hypothalamus produit de l'ocytocine dans la neurohypophyse qui va se déverser dans le cerveau, ce qui favorise l'attachement selon Ditzen (2009). Ce sont les voies sérotoninergiques qui prédominent dans ces circuits, mais qui sont contrebalancées par les voies dopaminergiques, ce qui crée le troisième niveau d'équilibre.

Les principaux circuits neurohormonaux de la conscience (bonheur)

Les cinquièmes circuits neurohormonaux à être fonctionnels sont ceux de la conscience. Selon Damasio (2010), ces connexions apportent une nouvelle capacité chez l'enfant, celle de la réflexion, ce qui favorise le développement du discernement et du jugement. Il apprend qu'il est un garçon ou une fille. Il commence à comprendre qu'il est un individu à part entière et un début de ce qui est bien ou mal va s'installer

FIGURE 6

Principaux circuits neurohormonaux de la conscience (bonheur) selon Damasio (2010) adaptés et schématisés par Poisson. Les flèches $\longleftrightarrow$ représentent les voies sérotoninergiques, celles-ci $\longleftrightarrow$ les voies dopaminergiques, celles-ci $\longleftrightarrow$ les voies noradrénergiques et les flèches pointillées $\cdots\longleftrightarrow$ représentent l'axe hypothalamo-épiphysaire.



progressivement. C'est le début du développement de la morale et de l'acquisition de valeurs. L'enfant, lorsqu'il est en équilibre, a une bonne estime de soi, d'où l'apparition d'une cinquième émotion, le bonheur. Ce n'est qu'à long terme qu'il deviendra capable de se connaître véritablement et d'évaluer sa satisfaction personnelle.

À 28 mois, selon Welker (2012), la substance blanche corticale est myélinisée, à l'exception des pôles temporaux antérieurs et des zones terminales périatriales. La myélinisation est complète vers 36-40 mois.

Selon Damasio (2010), les connexions se rendent jusqu'au précuneus, centre de détection des erreurs, comme illustré à la Figure 6. De

là, elles vont aux cortex cingulaires postérieurs et aux cortex préfrontaux dorsolatéraux et ventromédians. Ce système évalue constamment l'homéostasie entre les systèmes sympathique (NA) et parasympathique (ACh). Il évalue parallèlement si le niveau de cortisol est stable (inhibiteur et activateur) et si la dopamine est contrebalancée par la sérotonine dans le cerveau. Lorsque l'homéostasie est atteinte, c'est à ce moment que les besoins de l'enfant sont satisfaits et qu'il se sent bien dans sa peau, d'où l'état de bonheur qui va perdurer jusqu'au prochain déséquilibre. Parallèlement, l'épiphyse produit de la mélatonine sous la supervision de l'hypothalamus, ce qui favoriserait un sommeil réparateur selon Christophe de Jaeger (2012) et ainsi une meilleure capacité d'apprentissage permettant à l'enfant d'évoluer sainement.

Vers trois ans, l'enfant apprend à utiliser de façon appropriée ces différents circuits neurohormonaux lui permettant de s'adapter à son environnement. Tous ces circuits neurohormonaux sont interdépendants et en interrelations permanentes afin de maintenir l'homéostasie. Chaque circuit a son utilité et prédomine selon la nécessité de la situation. C'est cette capacité de flexibilité dans l'utilisation appropriée de chaque émotion selon le contexte qui varie d'une personne à l'autre et qui détermine la capacité d'adaptation de chacun.

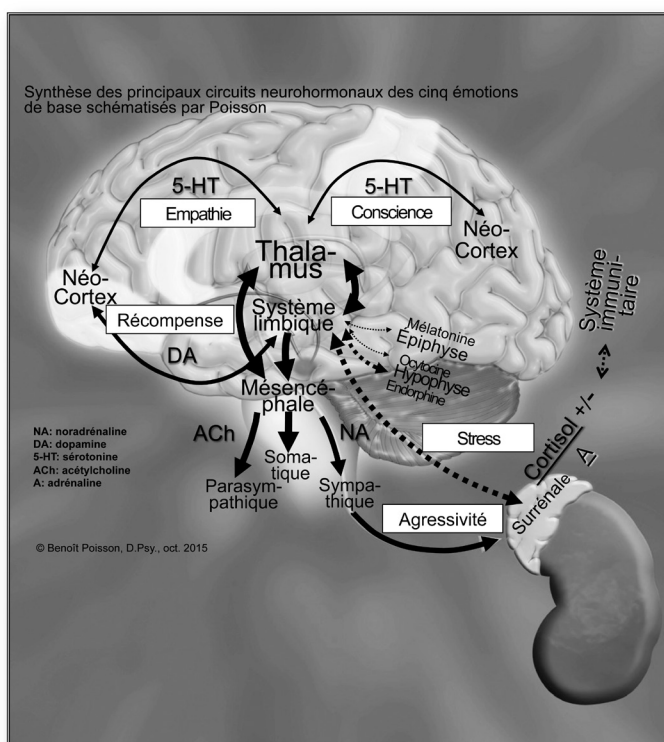
Le processus de myélinisation est rapide pendant les trois premières années, suivi d'une progression lente jusqu'à 20-30 ans selon Hayakawa (1991). La myélinisation se poursuit tout au long de la vie. C'est la plasticité du cerveau qui permet à la personne de faire de nouveaux apprentissages tout au long de sa vie afin de maintenir son équilibre et de permettre une saine adaptation à son environnement physique et social.

Fonctionnement des circuits neurohormonaux

En plus de la sortie d'information du thalamus vers le mésencéphale afin de mettre en branle le système nerveux somatique, selon Roberge (1998), il existe deux autres sorties d'information du cerveau qui sont gérées par l'hypothalamus (système limbique), tel qu'illustré à la Figure 7. Ces deux sorties d'information permettent de peaufiner les réponses comportementales favorisant l'homéostasie de l'organisme. La première sortie d'information part de l'hypothalamus vers le mésencéphale afin d'activer le système nerveux périphérique. Ce dernier se subdivise en deux : le sympathique (noradrénaline) qui accélère la réponse motrice et le parasympathique (acétylcholine), qui la ralentit.

FIGURE 7

Synthèse des principaux circuits neurohormonaux des cinq émotions de base schématisés par Poisson. Les flèches $\longleftrightarrow$ représentent les voies sérotoninergiques, celles-ci $\longleftrightarrow$ les voies dopaminergiques et celles-ci $\longleftrightarrow$ les voies noradrénergiques.



Ces deux systèmes fonctionnent en complémentarité. Quant à la deuxième sortie d'information, elle est endocrinienne, c'est-à-dire qu'elle emprunte l'axe hypothalamus-hypophyso-surrénalien pour le cortisol, l'axe hypothalamus-hypophyse pour les endorphines et l'ocytocine, et l'axe hypothalamus-épiphyse pour la mélatonine. Les différents comportements émotifs résultent d'une de ces deux sorties d'information ou de leur combinaison gérées par le système limbique qui est en lien continu avec le néocortex.

Par exemple, selon l'origine de l'information, le thalamus va envoyer cette dernière au système limbique (amygdale) qui, à son tour, par

l'entremise du mésencéphale, si c'est une question de survie dans l'immédiat, va activer le système sympathique afin de déclencher la production d'adrénaline dans les médullosurrénales. Cela fera produire très rapidement un surplus d'énergie pour faire face à cette perturbation. Si c'est une question de protection face à un danger, l'information va passer par le système limbique (hippocampe) et c'est le système sympathique qui va être encore activé. Cependant, l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien va être enclenché afin de produire du cortisol dans les corticosurrénales, permettant ainsi de maintenir l'énergie pour éviter la perte de contrôle due à cette perturbation. Par ailleurs, si la situation ne présente pas un enjeu de survie ou de protection, l'information sera orientée du thalamus vers les différents cortex (préfrontal, cingulaire et autres) pour en obtenir une analyse plus détaillée et permettre un comportement adapté à la situation, tel que l'exploration, le maintien d'une relation ou la réflexion.

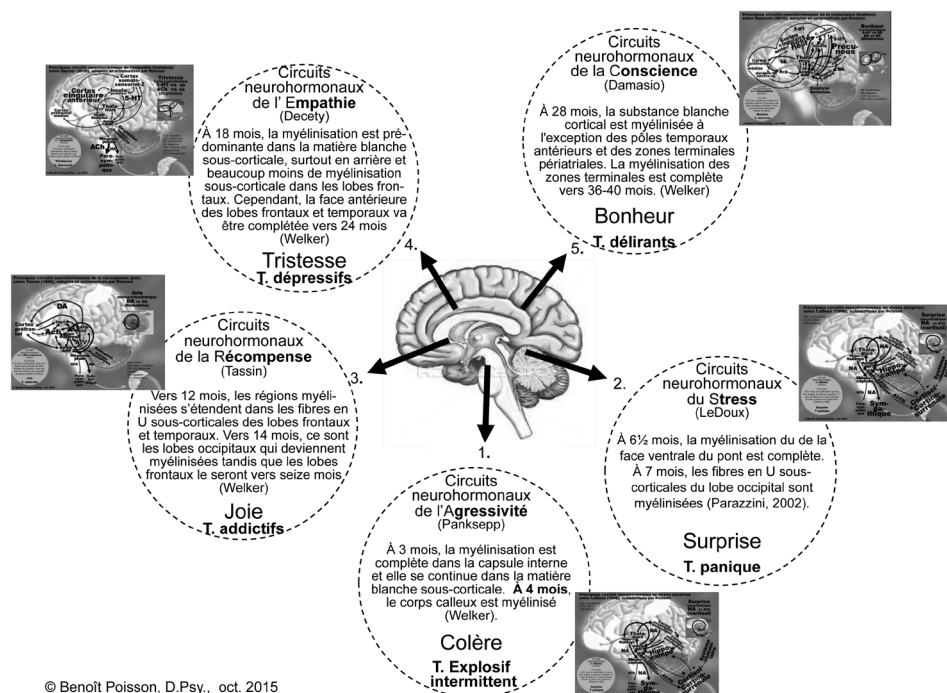
L'équilibre s'exerce à trois niveaux. Le premier est au sein du système nerveux autonome, sympathique (noradrénaline) ou parasympathique (acétylcholine), le deuxième au sein des corticosurrénales, cortisol activateur ou inhibiteur, et le troisième au sein du cerveau, dopamine ou sérotonine.

En somme, aucun centre spécifique ne contrôle la totalité du comportement humain. Ce contrôle est exercé par un ensemble de structures cérébrales et de relais qui permettent, par des échanges permanents, une réponse adaptée et ainsi le maintien de l'équilibre. La colère, par exemple, est une émotion de survie qui permet de protéger son intégrité physique. Elle est très utile en situation d'urgence pour une réponse immédiate. Mais elle peut aussi être néfaste si elle est utilisée intensément et sans égard aux situations, car elle pourrait alors entraîner des troubles des conduites ou du comportement. Ce sont donc les autres circuits neurohormonaux qui vont intervenir pour réguler la colère.

La Figure 8 illustre un schéma de la biopsychologie systémique des émotions de base et de certains troubles cliniques qui arrivent lorsqu'il y a une perte importante d'équilibre. L'ordre d'apparition des différents circuits neurohormonaux est présenté de même que les différents circuits neurohormonaux en lien avec la myélinisation.

FIGURE 8

Schéma de la biopsychologie systémique des émotions de base et de certains troubles cliniques.



Conclusion

En s'appuyant sur les récents constats de la recherche en neurosciences, le modèle heuristique présenté dans cet article permet de mieux comprendre comment se sont développés les circuits neurohormonaux soutenant les émotions de base et comment celles-ci fonctionnent en complémentarité. Les émotions font partie intégrante du comportement humain. Elles permettent à l'individu de s'adapter constamment à son environnement physique et social. Cette approche apporte une nouvelle perspective pour comprendre comment chaque personne maintient son équilibre afin d'éviter l'apparition de troubles cliniques. Elle ouvre la porte à des applications cliniques grâce à la compréhension des mécanismes neurochimiques qui sous-tendent les émotions de base.

RÉFÉRENCES

- Anacker, C., O'Donnell, K. J. et Meaney, M. J. (2014). Early life adversity and the epigenetic programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 16, 321-333.
- Damasio, A. (2010). *L'autre moi-même, les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*. Paris, France: Éditions Odile Jacob.
- Decety, J. (2010). La force de l'empathie. *Cerveau & Psycho*, 38, 43-49.
- Deoni, S. C. L., Dean, D. C., O'Muirheartaigh, J., Dirks, H. et Beth A. Jerskey, B. A. (2012). Investigating white matter development in infancy and early childhood using myelin water fraction and relaxation time mapping. *Neuroimage*, 63(3), 1038-1053.
- Dietrich, R. B., Bradley, W. G., Zaragoza, E. J., Ottd, R. J., Taira, R. K., Wilson, G. H. et Kangarloo, H. (1988). MR Evaluation of Early Myelination Patterns in Normal and Developmentally Delayed Infants. *AJNR*, 9, 69-76.
- Ditzen, B., Schaer, M., Gabriel, B., Bodenmann, G., Ehlert, U. et Heinrichs, M. (2009). Intranasal oxytocin increases positive communication and reduces cortisol levels during couple conflict. *Biology Psychiatry*, 1, 65(9), 728-731.
- Ekman, P. (2007). *Emotions Revealed, Second Edition: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. New York: Holt Paperbacks.
- Giedd, J. N. et al. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature neuroscience*, 2(10), 861-863.
- Ginger, S. (2010). Cerveau féminin, cerveau masculin. Récupéré le 26 mars 2012 sur le site de l'auteur: [http://sergeginger.net/resources/Cerveau+f\\$C3\\$A9m inin\\$3Acerveau-masculin.pdf](http://sergeginger.net/resources/Cerveau+f$C3$A9m inin$3Acerveau-masculin.pdf)
- Hayakawa, K., Konishi, Y., Kuriyama, M., Konishi, K. et Matsuda, T. (1991). Normal brain maturation in MRI. *European Journal of Radiology*, 12(3), 208-215.
- Jack, R. E., Garrod, O. G. B. et Schyns, P. G. (2014). Dynamic Facial Expressions of Emotion Transmit an Evolving Hierarchy of Signals over Time. *Current Biology*, 24(2), 187-192.
- Jaeger, C. (2012). La mélatonine. Dans *Les techniques de lutte contre le vieillissement*, 95-110, Que Sais-je, n° 3463, Paris, France: PUF.
- Kinney, H. C., Brody, B. A., Kloman, A. S. et Gilles, F. H. (1988). Sequence of central nervous system myelination in human infancy. II. Patterns of myelination in autopsied infants. *J. Neuropathology Exp Neurology*, 47(3), 217-234.
- Laborit, H. (1970). *L'agressivité détournée: Introduction à une biologie du comportement social*. Éd. Union Générale d'Édition, coll. «10/18».
- Lacombe, M. (2007). *Le Lacombe: précis d'anatomie et de physiologie humaine*, volume 1. France, Éditions Lamarre.
- LeDoux, J. (1998). *The Emotional Brain*. London, U.K.: Weidenfeld & Nicolson.

- Le plaisir et la douleur. Récupéré le 20 mars 2012 du site: Le cerveau à tous les niveaux: http://lecerveau.mcgill.ca/flash/index_a.html
- Lupien, S. (2010). *Par amour du stress*. Montréal, Canada: Éditions au carré.
- Miller, D. J., Duka, T., Stimpson, C. D., Steven J., Schapiro, S., Baze, W. B., McArthur, M. J., Fobbs, A. J., /Sousa, A. M., Šestan, N., Wildman, D. E., Lipovich, L., Kuzawa, C. W., Patrick R., Hof, P., Chet C. et Sherwood, C. C. (2012). Prolonged myelination in human neocortical evolution. *PNAS*, 109(41), 16480-16485.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience*. New York, N.Y.: Oxford University Press.
- Panksepp, J. (2011) Cross-Species Affective Neuroscience Decoding of the Primal Affective Experiences of Humans and Related Animals. *PLoS ONE*, 6(8), e21236.
- Parazzini, C, Baldoli, C, Scotti, G et Triulzi F. (2002). Terminal zones of myelination: MR evaluation of children aged 20-40 months. *American Journal of Neuroradiology*. 23(10), 1669-1673.
- Roberge, A. G., Parent, A. et Boulay, M. (1976). Démonstration d'une relation inversement proportionnelle entre la dopamine et la sérotonine dans certaines structures cérébrales: aspects neurochimique et morphologique. *Journal of Neurochemistry*, 26, 591-595.
- Roberge, A. G. (1998). Le système neuro-endocrino-immunitaire: un trio indissociable. *Le clinicien*, septembre, pp. 185-194.
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du soi*. Montréal. Les éditions du CIG.
- Selye, H. (1955). Selye explique les mécanismes du stress. www.youtube.com/watch?v=ZH37hdGiwVw, 2012.
- Staudt, M., Schropp, M., Staudt, C., Obletter, N., Bise, K. et Breit, A. (1993). Myelination of the brain in MRI: A staging system. *Pediatric Radiology*, 23(3), 169-176.
- Tassin, J.-P. (1998). Drogues, plaisir et douleur. *La recherche*, 306.
- Trezza, V., Damsteegt, R., Achterberg E. J. et Vanderschuren, L. J. (2011). Nucleus accumbens μ -opioid receptors mediate social reward. *The Journal of Neuroscience*, 31(17), 6362-6370.
- Welker, K. M. et Patton, A. (2012). Assessment of normal myelination with magnetic resonance imaging. *Seminar in Neurology*, 32, 15-28.
- Wright, N. D., Bahrami, B., Johnson, E., Di Malta, G., Rees, G., Frith, C. D., Dolan, R. J. (2012). Testosterone disrupts human collaboration by increasing egocentric choices. *Proceedings Biological Sciences*, 279(1736):2275-2280.
- Zuckerman, M. (2003). *La III^e révolution du cerveau: Psychobiologie de la personnalité*. Paris, France: Payot.

L'enfant borderline en devenir II : validation préliminaire de l'Échelle de traits de personnalité limite pour enfants

Geneviève Dubé^a

Miguel M. Terradas^b

Sophie Arsenault^c

RÉSUMÉ Le trouble de personnalité limite (TPL) est une psychopathologie sévère qui engendre une grande détresse personnelle et familiale et dont l'étiologie remonte à l'enfance. Les données empiriques appuyant une certaine stabilité temporelle des traits de personnalité de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte, plusieurs auteurs soutiennent qu'il est possible d'observer chez des enfants et des adolescents des traits de personnalité pouvant être associés aux caractéristiques du TPL à l'âge adulte. Peu d'instruments permettent toutefois d'identifier chez les enfants et les adolescents des traits associés au TPL, d'où l'intérêt du *Borderline Personality Features Scale for Children* (BPFS-C). Basé sur une perspective développementale, cet instrument mesure les traits de personnalité limite chez les enfants de neuf ans et plus par un questionnaire autorapporté. Une première étude de validation de la version française de l'instrument démontre une cohérence interne très satisfaisante. Les corrélations entre les deux versions de l'instrument (en anglais et en français) sont significatives. L'analyse en composantes principales révèle un modèle en quatre composantes qui présente des similarités avec les quatre sous-échelles de la version anglaise, mais diffère quant à la répartition des

-
- a. B. Sc., étudiante au doctorat en psychologie, cheminement Intervention en enfance et en adolescence, Département de psychologie, Université de Sherbrooke.
 - b. Ph. D., psychologue clinicien, professeur au Département de psychologie, Université de Sherbrooke.
 - c. B. Sc., étudiante au baccalauréat-maîtrise en ergothérapie, Université de Sherbrooke.

énoncés appartenant initialement à la sous-échelle « problèmes d'identité » du BPFS-C. La poursuite de la validation de cet instrument permettrait d'identifier des traits de personnalité et des comportements associés au développement du TPL dans l'enfance et favoriserait la réalisation d'études prospectives afin d'augmenter les connaissances sur l'étiologie du TPL, ses manifestations et sa trajectoire au cours du développement.

MOTS CLÉS traits de personnalité limite, trouble de personnalité limite, questionnaire, validation, enfants

Titre anglais

ABSTRACT Objectives The Borderline Personality Disorder (BPD) is a severe psychopathology related to great personal and family distress, which aetiology goes back to childhood. Empirical data supports a certain temporal stability of personality traits from childhood to adolescence and adulthood. Several authors argue that it is possible to identify in children and adolescents personality traits that could be associated with the characteristics of BPD observed in adulthood. However, only few instruments have been developed to assess child and adolescent traits associated with BPD. This article aims to present the results of the first validity study of the French version of the Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C).

Method The French version of the instrument, which has been developed using translation/back-translation was administered to 262 children, aged 9 to 12 years old ($M = 10.52$; $ET = 0.96$), attending regular schools in Quebec (55.70% were girls). Forty-three bilingual children ($M = 10.65$, $SD = 0.98$; 60.50% were girls) completed the two versions of the questionnaire (English and French), on a one-week interval. In addition, 23 English-speaking children from Quebec ($M = 10.42$, $SD = 1.12$) completed the original version of the questionnaire.

Results The first validity study of the French version of the instrument shows a very satisfactory internal consistency. The correlations between the English and French versions of the instrument are significant. The principal component analysis revealed a four component model that have similarities with the four subscales of the English version, but differs in the distribution of items originally belonging to the subscale *Identity problems* of the BPFS-C.

Conclusions The results of the first validity study of the French version of the instrument are promising. However, further research is needed in order to demonstrate the temporal stability as well as the construct validity of this measure. The instrument should also be validated with children from a clinical population with a higher preponderance of biological and environmental risk factors associated with the development of BPD. Finally, it would be interesting to establish the standardized values of the instrument allowing clinicians to identify which scores can be considered normal and which may indicate a strong presence of borderline personality traits. The identification of personality traits and behaviours associated with

BPD in children and adolescents could promote prospective research and increase knowledge about the aetiology, characteristics, and trajectory of BPD throughout child development.

KEYWORDS borderline personality traits, borderline personality disorder, children, questionnaire, validity

Le trouble de personnalité limite (TPL) est une psychopathologie sévère qui affecte environ 1,60 % (American Psychiatric Association [APA], 2013) de la population générale en Amérique du Nord. La prévalence du TPL dans les services de santé de première ligne serait d'environ 6 %, soit près de quatre fois supérieure à ce qui est observé dans la population générale (Gross *et al.*, 2002). Le taux de prévalence augmenterait à 10 % parmi les personnes qui reçoivent des services de consultation externe en psychiatrie et à 20 % chez les personnes hospitalisées en psychiatrie (APA, 2013). Caractérisé par une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, ainsi que par une impulsivité marquée (APA, 2013), ce trouble engendre une grande détresse personnelle et familiale et se solde dans presque 10 % des cas par un suicide complété (Bateman et Fonagy, 2006). Les passages à l'acte autodestructeurs, le mode de vie instable et les nombreuses difficultés psychosociales des personnes présentant un TPL ont pour conséquence une utilisation accrue des services de santé (Dawson, 1993).

L'émergence du TPL et son évolution

Les connaissances actuelles semblent indiquer que les facteurs de risque du TPL remontent à l'enfance. Plusieurs facteurs de risque psychosociaux tels que l'abus (p. ex., émotionnel, verbal, physique et sexuel), la négligence (p. ex., des soins physiques de l'enfant, retrait émotionnel des parents, déni des besoins émotifs de l'enfant, manque de protection de la part des parents), les séparations multiples, le divorce des parents, ainsi que la criminalité, les traumatismes et les troubles des parents sont ciblés par la recherche sur l'étiologie du TPL (Battle *et al.*, 2004 ; Bradley, Conklin et Westen, 2005 ; Johnson, Smailes, Cohen, Brown et Bernstein, 2000 ; Kernberg, 1990 ; Paris, 2000 ; Rogosch et Cicchetti, 2005).

Des données empiriques concernant l'évolution des traits de personnalité chez l'enfant appuient une certaine stabilité temporelle. En effet, une méta-analyse réalisée par Roberts et Del Vecchio (2000) indique que la continuité des traits de personnalité est modérément stable au cours de la vie (de 3 à 59 ans). Par ailleurs, il apparaît que les enfants présentant des traits particulièrement inadaptés demeurent vulnérables au développement d'un trouble de personnalité (TP) à l'âge adulte (De Clercq, van Leeuwen, van den Noortgate, De Bolle et De Fruyt, 2009). Les traits de personnalité limite semblent également persister de l'enfance à l'adolescence (Zelkowitz *et al.*, 2007) et de l'adolescence à l'âge adulte (Winograd, Cohen et Chen, 2008). En outre, les symptômes dits borderline chez les adolescents sont associés aux mêmes symptômes chez l'adulte, au diagnostic de TPL, à l'altération générale du fonctionnement et au besoin de services psychiatriques (Winograd *et al.*, 2008).

Conséquemment, plusieurs auteurs rappellent la nécessité de réaliser davantage d'études prospectives et longitudinales (p. ex., Crick, Murray-Close et Woods, 2005; Paris, 2000) et d'étoffer les connaissances relatives au développement, chez les enfants d'âge scolaire, de traits de personnalité pouvant être associés aux caractéristiques du TPL à l'âge adulte. En effet, compte tenu de la sévérité des répercussions associées à ce trouble et à son étiologie, il importe de s'intéresser à l'émergence des traits de personnalité limite dès l'enfance afin de favoriser la prévention et l'intervention en bas âge. Le développement d'instruments de mesure permettant d'identifier chez les enfants des traits de personnalité pouvant être associés à des précurseurs du TPL tel qu'il se manifeste à l'âge adulte revêt donc un intérêt crucial. Or, peu d'instruments ont été développés dans le but d'explorer les traits de personnalité limite chez l'enfant et l'adolescent, restreignant ainsi les perspectives de recherche.

Controverse entourant le diagnostic de TPL chez les enfants et les adolescents

Une étude menée par Griffiths (2011) auprès de pédopsychiatres anglais démontre que seul 2 % de ces spécialistes estiment que le diagnostic de TPL est valide chez les enfants, soulignant notamment l'absence d'instruments permettant d'identifier des traits de personnalité pathologiques dans l'enfance. Toutefois, Tackett et Sharp (2014) estiment que les récentes recherches sur le plan de la psychopathologie et du déve-

loppement convergent vers la possibilité d'observer des manifestations de l'ordre du TP dès l'enfance et lors de l'adolescence. Par ailleurs, depuis plusieurs années déjà, certains auteurs¹ (p. ex., A. Freud, 1988; P. Kernberg, 1990; Pine, 1986) ont proposé des modèles théoriques tenant compte du développement et qui situent l'apparition de certaines formes de cette psychopathologie dès l'enfance. Bien qu'ils soient fondés sur une vaste expérience clinique, les modèles proposés par ces auteurs n'ont pas été vérifiés empiriquement.

Dans un document concernant les changements proposés pour la classification des TP, disponible sur le site internet de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) avant sa récente publication, l'APA (2012) avait annoncé l'utilisation d'un modèle de classification hybride, de nature à la fois dimensionnelle et catégorielle, de la personnalité. Les cliniciens auraient alors été en mesure de décrire la personnalité du patient, qu'il ait un TP ou non, en se basant sur l'altération du fonctionnement de celle-ci et sur la présence des traits de personnalité pathologiques. Bien qu'encore centré sur l'évaluation des adultes, ce modèle aurait permis d'identifier un fonctionnement déficitaire de la personnalité et des traits de personnalité pathologiques chez les enfants et les adolescents, sans pour autant leur poser un diagnostic de TPL, tout en considérant les aspects relatifs au développement *normal* (APA, 2013). Pourtant, le modèle hybride d'abord envisagé n'a pas été retenu lors de la publication du manuel. Le DSM-5 (APA, 2013) propose en fait deux modèles distincts de compréhension et de classification des TP, soit un modèle dimensionnel et un modèle catégoriel². Le modèle dimensionnel est présenté dans une section différente du manuel comme étant une façon alternative de comprendre les TP. Quatre dimensions sont considérées pour évaluer le fonctionnement déficitaire de la personnalité du patient, tandis que sept traits de personnalité sont identifiés comme étant pathologiques. Le modèle catégoriel, quant à lui, requiert les mêmes critères diagnostiques pour le TPL que la version précédente. Par ailleurs, il stipule que

-
1. Pour une description détaillée de ces modèles théoriques et des propositions des principaux manuels diagnostiques, le lecteur peut se référer à Dubé, G., Terradas, M. M., Arsenault, S., Lallier Beaudoin, M.-C. et Pesant, S. (2013), *L'enfant borderline en devenir: pourquoi s'y intéresser?*, *Enfance en difficulté*, 2, 31-59.
 2. Pour une description complète des critères diagnostiques et des modèles catégoriel et dimensionnel, le lecteur peut se référer au DSM-5 (APA, 2013).

ce trouble n'apparaît qu'au début de l'âge adulte et déconseille le diagnostic chez les individus de moins de 18 ans.

Considérant les facteurs étiologiques du TPL, il est possible de supposer que les premières manifestations de traits de personnalité pathologiques surgissent pendant l'enfance. Certains patrons de comportement s'approchant du TPL pourraient alors être identifiés durant cette période et se révéler des précurseurs du trouble à l'âge adulte (Crick *et al.*, 2005). Cette perspective permettrait de pallier les dilemmes éthiques qui sont associés aux positions extrêmes concernant le fait de poser ou non un diagnostic de TPL chez les enfants et les adolescents. D'une part, le fait de poser un diagnostic pendant l'enfance permettrait d'intervenir précocement dans le but d'éviter la cristallisation du trouble. D'autre part, ce geste pourrait donner lieu à la stigmatisation de l'enfant dans une période de la vie où de nouvelles réorganisations de la personnalité et l'influence de son entourage pourraient encore altérer le cours de son développement sur le plan psychologique. Il est donc possible de proposer une vision alternative relativement à la controverse entourant le diagnostic de TPL chez les enfants et les adolescents, soit l'évaluation des traits de personnalité et des comportements problématiques pouvant être associés au TPL tel qu'il se manifeste à l'âge adulte, tout en tenant compte des aspects relatifs au développement de l'enfant (Dubé *et al.*, 2013).

Le *Borderline Personality Scale for Children* : description, avantages et études de validité de l'instrument

La lecture d'articles scientifiques s'intéressant aux traits de personnalité limite ou au diagnostic de TPL chez les enfants et les adolescents témoigne de la variété des instruments utilisés, rendant parfois difficile l'intégration de leurs résultats sur le plan théorique. Sharp et Romero (2007) ont d'ailleurs fait la recension d'instruments de mesure issus d'approches catégorielle et dimensionnelle permettant d'évaluer la présence d'un trouble ou de traits de personnalité limite chez l'enfant. Parmi ceux-ci, le *Borderline Personality Features Scale for Children* (BPFS-C; Crick *et al.*, 2005) est le seul questionnaire issu d'une approche dimensionnelle conçu jusqu'à présent pour les enfants (Sharp, Mosko, Chang et Ha, 2011). Il consiste en une adaptation de quatre composantes du *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 1996) afin de les rendre applicables à l'évaluation de la personnalité d'enfants âgés de neuf ans et plus issus d'une population non clinique. L'intérêt

de développer un instrument adapté à la période de l'enfance découle, selon Crick *et al.*, du fait que les symptômes du TPL se manifestent différemment au cours des diverses périodes du développement. Les auteurs proposent qu'une variété de symptômes précède l'apparition du TPL et augmente la probabilité de ce diagnostic à l'âge adulte. L'utilisation d'une échelle dimensionnelle permet alors de détecter, par la recension de traits, la vulnérabilité d'un enfant à développer une psychopathologie à l'âge adulte, tout en tenant compte de la malléabilité de la personnalité à cette période et de la variabilité possible sur le continuum de sévérité au fil du temps (De Clercq et De Fruyt, 2007).

Sur la base des connaissances théoriques et cliniques relatives au développement de l'enfant, Crick *et al.* (2005) ont identifié les tâches reliées aux différents acquis développementaux ainsi que les défaillances dans la réalisation de ces tâches pouvant conduire au développement d'un TPL à l'âge adulte. Le modèle théorique proposé par les auteurs est composé de cinq indices du trouble chez les enfants et chacun de ces indices reflète 1) une facette unique du TPL tel qu'il se manifeste à l'âge adulte et 2) une difficulté chez l'enfant à composer avec les tâches développementales s'y rapportant. Ces indices font référence à la sensibilité cognitive, à la sensibilité émotionnelle, aux relations d'exclusivité avec les amis, à l'impulsivité et à un sens cohérent de l'identité (voir Tableau 1).

Une première étude de validation de l'instrument (Crick *et al.*, 2005) a été réalisée auprès de 400 enfants (54 % de filles) de quatrième, cinquième et sixième année du primaire d'une école publique des États-Unis. Le BPFS-C a été administré à trois reprises (automne, printemps, automne), permettant ainsi de mesurer la stabilité temporelle de l'instrument, de même que celle des traits de personnalité limite. La validité conceptuelle du BPFS-C a été évaluée par sa correspondance avec des indicateurs théoriques du TPL adaptés à la période développementale de l'enfance et dérivant d'une analyse de contenu des critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994). Toutefois, la validité d'une des sous-échelles, soit les problèmes d'identité, n'a pas été vérifiée par un test critère en raison de l'absence d'instrument équivalent adapté aux enfants. L'administration d'un instrument évaluant les symptômes dépressifs a permis de conclure que les indicateurs mesurés par le BPFS-C sont significativement associés aux traits caractéristiques du TPL et non à d'autres psychopathologies (p. ex., les symptômes dépressifs), démontrant ainsi la validité divergente de l'instrument (Crick *et*

al., 2005). La stabilité temporelle des traits de personnalité limite s'est avérée être modérée à travers les trois temps de mesure ($0,58 \geq r \geq 0,47$).

Une seconde étude de validation (Sharp *et al.*, 2011) a été menée auprès de 171 garçons âgés de 8 à 18 ans ($M = 13,50$, $ÉT = 1,90$) recrutés au sein d'un organisme communautaire pour les jeunes. Le BPFS-C a été administré de façon concomitante avec le *Youth Self-Report* et le *Child Behavior Checklist* (Achenbach et Rescola, 2001), deux instruments permettant d'évaluer les problèmes émotionnels et les difficultés comportementales des enfants et des adolescents. Il est apparu que les garçons ayant une forte présence de traits de personnalité limite selon le BPFS-C rapportaient un pauvre fonctionnement psychosocial, ce qui appuie la validité concomitante convergente de l'instrument (Sharp *et al.*, 2011).

Une troisième étude de validation (Chang, Sharp et Ha, 2011) a été réalisée auprès de 51 adolescents (56,86 % de filles), âgés de 12 à 18 ans ($M = 16,00$, $ÉT = 1,00$) issus d'un milieu clinique et présentant de sévères difficultés de comportement, des désordres psychiatriques, des problèmes d'abus de substance ou des diagnostics multiples. L'administration du *Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder* (CI-BPD; Zanarini, 2003) a permis de cibler un groupe d'adolescents ($n = 20$) répondant aux critères du TPL. Ce groupe présentait un score moyen significativement plus élevé au BPFS-C que le groupe n'ayant pas obtenu la mention diagnostique au CI-BPD, ce qui appuie la validité de critère de l'instrument. De même, il apparaît que le BPFS-C peut prédire un diagnostic de TPL obtenu avec le CI-BPD, ce qui soutient sa validité prédictive. L'outil a également démontré une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,89$; Chang *et al.*, 2011).

Enfin, une récente étude de validation menée par Sharp, Steinberg, Temple et Newlin (2014) a examiné la structure à quatre facteurs du BPFS-C à l'aide d'une approche confirmatoire multidimensionnelle basée sur la théorie des réponses aux items (*Item Response Theory*). L'analyse factorielle a été menée sur les résultats obtenus auprès de 1 042 adolescents (55,90 % de filles), âgés de 14 à 19 ans, fréquentant des écoles publiques des États-Unis. Il est apparu que l'instrument est unidimensionnel, c'est-à-dire qu'un seul concept est mesuré à l'aide des quatre facteurs. Ainsi, les auteurs déconseillent l'utilisation des sous-échelles, préférant l'usage du score global. Par ailleurs, une version abrégée à 11 énoncés a été créée (BPFSC-11), dont la validité conceptuelle a été testée auprès d'un échantillon clinique de 371 adolescents parmi lesquels 33 % remplissaient les critères diagnostiques du TPL d'une entrevue semi-structurée (CI-BPD; Zanarini, 2003). Les résultats

aux questionnaires du BPFS-C et du BPFSC-11 étaient plus élevés pour les adolescents ayant un TPL que pour les autres adolescents évalués. Par ailleurs, des corrélations significatives entre les mesures de la dérégulation émotionnelle et d'automutilation et les deux versions du BPFS-C ont été trouvées. Il reste cependant à vérifier si la structure unidimensionnelle et la version abrégée de l'instrument s'appliquent également aux enfants âgés de 9 à 14 ans, tranche d'âge qui n'a pas été considérée dans l'étude de Sharp et ses collègues.

Première étude de validation de la version française de l'instrument

Une étude de validation visant à obtenir les premiers indices des propriétés psychométriques de l'Échelle de traits de personnalité limite pour les enfants (ÉTPLE) a été menée auprès d'enfants francophones, anglophones et bilingues québécois avant la parution de l'article de validation de Sharp *et al.* (2014). L'ÉTPLE constitue une traduction, selon la méthode de traduction/retraduction (*Translation/Back Translation*; Behling et Law, 2000), en utilisant une approche consensuelle (Bradley, 1994), du BPFS-C (Crick *et al.*, 2005).

Méthode

Échantillon

Deux cent soixante-deux enfants québécois ($n = 262 > 24$ items X 10 participants; Hair, Anderson, Tatham et Black, 1998), âgés de 9 à 12 ans ($M = 10,52$; $ET = 0,96$), étudiants de quatrième (29,40 %), cinquième (36,30 %) et sixième (34,30 %) année en cheminement régulier, provenant de trois écoles primaires francophones du secteur public des régions de Montréal et de Gatineau, ont participé à l'étude (55,70 % de filles). Quarante-trois enfants bilingues ont également rempli les deux versions du questionnaire (française et anglaise), à une semaine d'intervalle (60,50 % de filles; $M_{\text{âge}} = 10,65$, $ET = 0,98$). La première passation a été effectuée en français et la deuxième en anglais. De plus, 23 enfants anglophones (56,50 % de filles; $M_{\text{âge}} = 10,42$, $ET = 1,12$) de la région de Sherbrooke ont rempli le questionnaire dans sa version originale. Les enfants hors du cheminement régulier ont été exclus de l'échantillon puisqu'ils étaient susceptibles de présenter un diagnostic psychiatrique et des symptômes y étant associés.

Procédure

L'étude a d'abord reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Plusieurs écoles primaires de différentes régions du Québec, ne provenant pas des milieux socioéconomiques les plus défavorisés, ont ensuite été sollicitées afin de participer à l'étude. Une lettre d'invitation conjointement au formulaire d'information et de consentement (FIC) ont par la suite été envoyés à l'ensemble des parents d'élèves des quatrième, cinquième et sixième années en cheminement régulier des écoles ayant accepté de participer à l'étude. Une section du FIC était par ailleurs adressée directement aux enfants, leur expliquant, dans un langage adapté à leur âge, la nature de leur participation. Tous les enfants dont les parents ont consenti à leur participation ont pris part à la recherche. L'administration a été effectuée en groupe-classe ou dans une salle regroupant uniquement les enfants ayant l'autorisation de répondre au questionnaire.

Analyses

Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique. Les variables sociodémographiques concernant les enfants ont été colligées à l'aide d'un code numérique par un bref questionnaire joint au BPFS-C ou à l'ÉTPLE. Des informations sur le sexe, l'âge et l'année scolaire ont été recueillies.

Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C; Crick *et al.*, 2005). Ce questionnaire autoadministré évalue la présence de traits de personnalité limite chez les enfants d'âge scolaire. Le BPFS-C est composé de 24 énoncés distribués en quatre sous-échelles, soit l'instabilité affective, les problèmes d'identité, les relations interpersonnelles négatives et les comportements d'autodestruction (voir Tableau 2). L'enfant a pour consigne de lire des affirmations sur la façon dont il se sent et sur la façon dont il se sent par rapport aux autres et d'indiquer ce qui correspond le mieux à ce qu'il sent ou ce qu'il pense. Pour chaque énoncé, l'enfant répond sur une échelle de type Likert à cinq points allant de *pas du tout vrai* (1) à *toujours vrai* (5). L'échelle de cotation est inversée pour les énoncés 1, 5, 23 et 24. Le score total correspond à la somme des scores rencontrés pour chacun des énoncés. Un score total élevé indique une forte présence de traits de personnalité limite. L'instrument a été administré aux enfants bilingues, qui ont également rempli le question-

naire rédigé en français, dans le but d'établir la convergence entre les versions originale et traduite. Il a été également administré aux enfants unilingues anglophones afin de vérifier sa cohérence interne auprès d'un échantillon composé d'enfants québécois. L'instrument fait preuve d'excellentes propriétés psychométriques (Chang *et al.*, 2011; Crick *et al.*, 2005; Sharp *et al.*, 2011; Sharp *et al.*, 2014).

Échelle de traits de personnalité limite pour les enfants (ÉTPLE, Terradas et Achim, 2010). Cet instrument constitue une traduction, selon la méthode de traduction/retraduction (Behling et Law, 2000) du BPFS-C (Crick *et al.*, 2005) en utilisant une approche consensuelle (Bradley, 1994): deux personnes bilingues ont effectué une première traduction de la langue originale de l'instrument (anglais) à la langue de traduction (français), de façon parallèle (Behling et Law, 2000). Une mise en commun a ensuite permis de comparer les deux versions et de résoudre les différences. Une troisième personne bilingue a retraduit l'instrument dans la langue originale afin de vérifier si les énoncés conservaient leur signification. Ultimement, la version française de l'instrument a été révisée par des experts et des utilisateurs potentiels du questionnaire afin d'améliorer la traduction (Bradley, 1994). Trois enfants bilingues ont également rempli le questionnaire afin de faire une vérification préliminaire.

Les analyses effectuées visaient à vérifier certaines propriétés psychométriques de l'ÉTPLE. Quatre analyses principales ont été réalisées, soit 1) une analyse des énoncés composant l'instrument, 2) une analyse en composantes principales (ACP), 3) des analyses de la cohérence interne de la version anglaise et de la traduction française de l'instrument, et 4) une analyse de corrélation entre les énoncés de l'instrument francophone et ceux de la version originale.

Résultats

Une analyse initiale des items a révélé que la plupart des énoncés corrélaient de façon significative avec les quatre sous-échelles initiales du BPFS-C, ce qui s'explique par le fait que ces dernières mesurent un même concept, soit les traits de personnalité limite. Toutefois, un énoncé a été jugé problématique en raison de corrélations très faibles et non significatives avec plusieurs autres énoncés, avec le score total et avec sa sous-échelle.

L'analyse des corrélations entre les énoncés ($0,45 < r < 0,85$), les scores des quatre sous-échelles ($0,67 < r < 0,83$) et le score total ($r = 0,84$)

de la version française d'une part et le score total de la version anglaise d'autre part révèle qu'elles corrèlent fortement entre elles, ce qui appuie la qualité de la traduction effectuée (voir Tableau 3).

Étant donné que l'instrument mesure différentes facettes d'un même concept, une analyse en composantes principales à rotation oblique a ensuite été effectuée sur les 23 énoncés restants. L'ACP a démontré que les énoncés ont une communauté suffisante (supérieure à 0,2; Tabachnick et Fidell, 2007). L'analyse du diagramme des éboulements a révélé des modèles allant d'une à six composantes possédant une valeur propre initiale supérieure à un. Les modèles à six et cinq composantes ont été rejetés puisqu'il était difficile de leur trouver un sens compte tenu de la distribution des énoncés et des saturations croisées. Le modèle choisi, à quatre composantes, expliquait initialement 46,61 % de la variance totale. Toutefois, un énoncé a été éliminé en raison de saturations croisées substantielles avec plusieurs composantes. Un nouveau modèle, exempt de cet énoncé, explique 47,16 % de la variance totale. L'indice Kaiser-Meyer-Olkin était de 0,86, ce qui est méritoire. Le test de sphéricité de Bartlett était également significatif ($p < 0,001$). Le Tableau 4 présente les composantes de la version française de l'instrument obtenues par ces analyses ainsi que les saturations des items sur chacune des composantes. Pour la composante « contrôle des impulsions », les saturations des items varient de 0,32 à 0,83. En ce qui a trait à la composante « relations interpersonnelles négatives », les saturations varient de 0,45 à 0,73. Celles reliées à la composante « régulation des émotions » vont de 0,39 à 0,71. Enfin, les saturations des items associés à la composante « sentiment de vide » varient de 0,49 à 0,78.

Le Tableau 5 présente les corrélations obtenues entre les diverses sous-échelles composant l'ÉTPLE et entre ces sous-échelles et le score global de l'instrument. Les corrélations entre les différentes composantes varient de 0,42 à 0,53. Les corrélations entre ces composantes et le score global de l'ÉTPLE varient de 0,68 à 0,88 et sont supérieures à celles observées entre les diverses composantes. Ces résultats appuient la validité conceptuelle et la nature multidimensionnelle de l'instrument.

Enfin, la cohérence interne de la version française intégrale de l'instrument est très satisfaisante ($\alpha = 0,86$). L'indice de cohérence interne augmente à 0,87 après la suppression des deux énoncés précédemment mentionnés. L'indice de cohérence interne de la version originale anglaise obtenu auprès des enfants anglophones québécois est également très satisfaisant ($\alpha = 0,86$).

Discussion

L'analyse en composantes principales révèle un modèle en quatre composantes. La première, *contrôle des impulsions*, explique un fort pourcentage de la variance. La composante rassemble les items initialement regroupés dans la sous-échelle comportements autodestructeurs du BPFS-C et certains items reliés aux problèmes d'identité. Des énoncés reliés à cette dernière composante s'y retrouvent puisque l'incapacité, pour un enfant, à avoir une représentation de soi cohérente peut perturber sa capacité à réfléchir sur soi et sur ses actions, entraînant ainsi des lacunes sur le plan de la planification et de la prise de décision. À l'instar de la présente étude, une recherche effectuée par Becker, McGlashan et Grilo (2006), menée auprès d'adolescents, identifie une composante regroupant des énoncés en lien avec l'impulsivité et la perturbation de l'identité.

La seconde composante regroupe des énoncés reliés à des *relations interpersonnelles négatives*. Ceux-ci évaluent la perception de l'enfant quant à la durabilité de ses relations, de même que l'agressivité relationnelle y étant associée. L'agressivité relationnelle serait significativement reliée aux traits de personnalité limite (Crick *et al.*, 2005). Elle s'exprimerait dans les relations amicales de l'enfant par des hauts niveaux d'intimité et d'exclusivité qui permettent l'exercice d'un contrôle sur la relation et reflètent de la jalousie (Grotper et Crick, 1996). Cette composante correspond à la sous-échelle du même nom du BPFS-C.

La troisième composante, *régulation des émotions*, contient deux énoncés faisant référence au caractère changeant et intense des émotions, issus de la sous-échelle d'instabilité affective. Ceux-ci rejoignent l'indicateur de Geiger et Crick (2001) selon lequel des affects intenses, instables et souvent inappropriés au contexte sont des précurseurs du TPL à l'âge adulte. Les autres énoncés évaluent les sentiments d'inquiétude et de malaise ressentis lors de la séparation d'avec les personnes aimées, l'enfant ayant besoin d'autrui pour l'aider à réguler ses affects (Shedler et Westen, 2004). Les personnes ayant un TPL ont d'ailleurs tendance à s'identifier aux pensées, aux croyances et aux sentiments des autres (Westen, Betan et DeFife, 2011). Le départ des personnes significatives, même momentané, apparaît alors particulièrement menaçant puisque sans l'autre, il y a une perte des ancrages internes (Westen *et al.*, 2011). La peur de l'abandon est un élément fondamental de la psychopathologie limite (Goldman, D'Angelo, DeMaso et

Mezzacappa, 1992) qui a d'ailleurs été identifié comme le symptôme ayant la plus grande validité prédictive d'un diagnostic de TPL chez les adolescents (Becker, Grilo, Edell et McGlashan, 2002).

La quatrième composante regroupe des énoncés évaluant le *senti-ment de vide*. Les enfants ayant des traits de personnalité limite sont plus susceptibles de présenter un sentiment de vide, qui se traduit par l'ennui et la solitude (Goldman *et al.*, 1992), et qui entraînerait une souffrance significative. Une étude réalisée auprès d'adolescents a démontré que la perturbation de l'identité est un construit multidimensionnel pouvant être décomposé en quatre facteurs, dont l'un (*painful incoherence*) rejoint la présente composante en étant axé sur l'expérience subjective d'un vide intérieur ainsi que sur la présence de sentiments de confusion, d'incohérence et de fragmentation. Il s'agit d'ailleurs du facteur corrélant le plus fortement avec les symptômes borderline chez l'adolescent (Westen *et al.*, 2011). Cette composante est celle qui s'approche le plus de la sous-échelle problèmes d'identité présentée dans le BPFS-C.

Au final, le modèle en quatre composantes présente des similarités avec les quatre sous-échelles proposées par Crick *et al.* (2005). Toutefois, les énoncés appartenant initialement à la sous-échelle problèmes d'identité du BPFS-C se distribuent dans trois autres composantes. Il s'agit par ailleurs de la seule sous-échelle dont la validité convergente n'avait pas été démontrée par Crick *et al.* (2005). Ainsi, la pertinence de cette sous-échelle n'a pas été confirmée au terme de l'étude. Ceci pourrait s'expliquer par la formulation des énoncés ou par le fait que la perturbation de l'identité se traduit chez l'enfant dans divers domaines: son attitude à l'école, l'établissement de ses amitiés, les comportements socialement acceptables, son plan de carrière et son image de soi (Goldman *et al.*, 1992).

Limites de l'étude

La présente étude possède certaines limites. D'abord, la faible taille de l'échantillon de participants anglophones a réduit les analyses statistiques pouvant être accomplies. En effet, le nombre d'enfants anglophones étant insuffisant pour exécuter une analyse en composantes principales (Hair *et al.*, 1998), la comparaison des modèles de composantes des instruments anglophone et francophone n'a pas pu être réalisée. Ensuite, la spécificité de l'instrument en regard d'autres psychopathologies n'a pas été vérifiée dans le cadre de cette étude.

Conclusions et pistes de recherches futures

Le diagnostic de TPL chez les enfants et les adolescents étant controversé, il s'avère nécessaire de développer des instruments permettant d'identifier des traits de personnalité et des comportements associés au développement du TPL pouvant se manifester pendant l'enfance. D'abord, ces instruments permettraient de valider les modèles théoriques proposés par différents auteurs concernant le développement dès l'enfance de traits de personnalité pathologiques liés au TPL tel qu'il se manifeste à l'âge adulte, fondés principalement sur des expériences cliniques. Ensuite, ces instruments auraient une valeur clinique significative puisqu'ils permettraient d'identifier les enfants à risque de développer un TPL. Ainsi, ils contribueraient à faire de la prévention afin d'éviter la chronicisation de traits de personnalité pathologiques chez ces enfants.

Plusieurs résultats de recherche confirment les excellentes propriétés psychométriques du BPFS-C (Chang *et al.*, 2011; Crick *et al.*, 2005; Sharp *et al.*, 2011; Sharp *et al.*, 2014). Issu d'une approche dimensionnelle, cet instrument tient compte des aspects développementaux lors de l'évaluation des traits de personnalité limite en émergence chez les enfants et les adolescents. Les résultats de la première étude de validation de la version française de l'instrument sont également prometteurs. Dans le contexte d'études subséquentes, des analyses supplémentaires devront être réalisées afin d'appuyer la validité des énoncés associés aux problèmes d'identité. La stabilité temporelle de l'instrument devra être démontrée, de même que sa validité de critère. Aussi, l'outil devra être validé auprès d'enfants provenant de milieux défavorisés ou cliniques, soit des populations présentant une plus forte prépondérance de facteurs de risque liés au développement d'un TPL. Il serait par ailleurs fort intéressant de comparer les versions anglaise et française de l'instrument auprès d'une population bilingue afin de calculer le pourcentage de la variance relié aux effets de la traduction. Enfin, il serait également intéressant d'établir des normes à l'instrument afin d'identifier quels scores peuvent être considérés comme normaux et lesquels peuvent témoigner d'une forte présence de traits de personnalité pouvant s'avérer problématiques.

Ainsi, au terme du processus complet de validation, l'instrument permettra d'identifier les enfants présentant des traits de personnalité pathologiques susceptibles d'évoluer vers un TPL à l'adolescence ou à l'âge adulte. L'objectif ultime découlant de l'usage de ce questionnaire

est d'offrir des soins appropriés de façon à prévenir l'émergence d'un TP. Par ailleurs, l'instrument favorisera la réalisation d'études prospectives, qui apparaissent nécessaires aux yeux de plusieurs auteurs (Crick *et al.*, 2005 ; De Clercq et De Fruyt, 2007). L'utilisation de l'instrument a le potentiel d'augmenter les connaissances sur l'étiologie du TPL, ses manifestations et sa trajectoire au cours du développement.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2001). *Manual for ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, DC : auteur.
- American Psychiatric Association. (2012). Rationale for the proposed changes to the personality disorders classification. Repéré à <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. W. et Fonagy, P. (2006). *Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. New York, NY : Oxford University Press.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., ...Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 193-211.
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S. et McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2042-2047.
- Becker, D. F., McGlashan, T. H. et Grilo, C. M. (2006). Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 99-105.
- Behling, O. et Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions*. Thousand Oaks : Sage.
- Bradley, C. (1994). Translation of questionnaires for use in different languages and cultures. Dans C. Bradley (Ed.), *Handbook of Psychology and Diabetes* (pp. 43-53). Amsterdam : Harwood Academic Publishers.
- Bradley, R., Conklin, C. Z. et Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 1006-1019.
- Chang, B., Sharp, C. et Ha, C. (2011). The criterion validity of the borderline personality features scale for children in an adolescent inpatient setting. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 492-502.

- Crick, N. R., Murray-Close, D. et Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1051-1070.
- Dawson, D. F. (1993). Relationship management and the borderline patient. *Canadian Family Physician*, 39, 833-839.
- De Clercq, B. et De Fruyt, F. (2007). Childhood antecedents of personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 57-61.
- De Clercq, B., van Leeuwen, K., van den Noortgate, W., De Bolle, M. et De Fruyt, F. (2009). Childhood personality pathology: Dimensional stability and change. *Development and Psychopathology*, 21(3), 853-869.
- Dubé, G., Terradas, M. M., Arsenault, S., Lallier Beaudoin, M.-C. et Pesant, S. (2013). L'enfant borderline en devenir: pourquoi s'y intéresser? *Enfance en difficulté*, 2, 31-59.
- Freud, A. (1988). *Le normal et le pathologique chez l'enfant: estimations du développement*. Paris, France: Gallimard.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. et Black, W. C. (1998). *Factor analysis. Multivariate data analysis*. (5e éd.) (pp. 87-138). Upper Saddle River (New Jersey): Prentice Hall.
- Geiger, T. et Crick, N. (2001). A developmental psychopathology perspective on vulnerability to personality disorders. Dans R. E. Ingram et J. M. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan* (pp. 57-102). New York: Guilford Press.
- Goldman, S. J., D'Angelo, E., DeMaso, D., R. et Mezzacappa, E. (1992). Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 149(12), 1723-1726.
- Griffiths, M. (2011). Validity, utility and acceptability of borderline personality disorder diagnosis in childhood and adolescence: Survey of psychiatrists. *The Psychiatrist*, 35, 19-22. doi: 10.1192/pb.bp.109.028779
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., ... Weissman, M. M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162, 53-60.
- Grottpeter, J. K. et Crick, N. R. (1996). Relational aggression, overt aggression, and friendship. *Child Development*, 67(5), 2328-2338.
- Johnson, F. G., Smailes, E. M., Cohen, P., Brown, J. et Bernstein, D. P. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: Findings of a community-based longitudinal study. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 171-187.
- Kernberg, P. F. (1990). Resolved: Borderline personality exists in children under twelve. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(3), 478-479.
- Morey, L. (1996). *An interpretive guide to the personality assessment inventory (PAI)*. Cambridge, Angleterre: Psychological Assessment Resource.

- Paris, J. (2000). Childhood precursors of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 77-88.
- Pine, F. (1986). On the development of the "borderline-child-to-be". *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), 450-457.
- Roberts, B. W. et Del Vecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126(1), 3-25. doi:10.1037//0033-2909.126.1.3
- Rogosch, F. A. et Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1071-1089.
- Sharp, C., Mosko, O., Chang, B. et Ha, C. (2011). The cross-informant concordance and concurrent validity of the Borderline Personality Features Scale for Children in a community sample of boys. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(3), 335-349.
- Sharp, C. et Romero, C. (2007). Borderline personality disorder: A comparison between children and adults. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(2), 85-114.
- Sharp, C., Steinberg, L., Temple, J. et Newlin, E. (2014). An 11-item measure to assess borderline traits in adolescents: Refinement of the BPFSC using IRT. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 70-78. doi:10.1037/per0000057
- Shedler, J. et Westen, D. (2004). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 41-55.
- Tabachnick, B. G. et Fidell L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5^e éd.). Boston: Allyn.
- Tackett, J. L. et Sharp, C. (2014). A developmental psychopathology perspective on personality disorder: Introduction to the special issue. *Journal of Personality Disorders*, 28, 1-4.
- Terradas, M. M. et Achim, A. (2010). *Échelle de traits de personnalité limite pour les enfants. D'après la version originale de Crick, N. R., Murray-Close, D., & Woods, K. (2005): Borderline Personality Features Scale for Children (BPSF-C)*. Document inédit, Université de Sherbrooke, Canada.
- Westen, D., Betan, E. et DeFife, J. A. (2011). Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 23, 305-313.
- Winograd, G., Cohen, P. et Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: Prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(9), 933-941.
- Zanarini, M. C. (2003). *Childhood Interview for DSM-IV borderline personality disorder (CI-BPD)*. Belmont, MA: McLean Hospital.
- Zelkowitz, P., Paris, J., Guzder, J., Feldman, R., Roy C. et Rosval, L. (2007). A five-year follow-up of patients with borderline pathology of childhood. *Journal of Personality Disorders*, 21(6), 664-674.

TABLEAU 1
Modèle théorique des tâches et défaillances pouvant mener au développement d'un TPL

Indices	Référence	Description	Défaillances des acquis développementaux
Sensibilité cognitive	Perception hostile et persécutrice de l'entourage	Centration sur l'information négative concernant les personnes de l'entourage Méfiance à l'égard des intentions des autres Distorsions des intentions des autres	Défaillance relative à 1) la compréhension du fait que les autres peuvent avoir une perspective différente d'un même événement et 2) l'identification de la nature de ces différentes perspectives.
Sensibilité émotionnelle	Tendance à éprouver les émotions de façon intense, à manifester de la labilité affective et à réagir de manière imprévisible	Affects intenses, instables et souvent inappropriés au contexte	Défaillance concernant la tolérance à l'ambiguïté caractérisant l'expression des affects et la capacité de tenir compte du contexte dans lequel les affects sont exprimés.
Relation d'exclusivité avec les amis	Relations interpersonnelles intenses	Tendance à douter constamment de l'amour et du soutien des proches Établissement de relations de dépendance très intenses Manifestation de la peur d'être abandonné	Défaillance liée à la capacité d'établir et de maintenir des relations d'amitié significatives
Impulsivité	Difficultés sur le plan de la régulation des émotions, du contrôle de l'agressivité et de l'inhibition du comportement	Gestion de l'agressivité physique et relationnelle	Défaillance relative à la régulation du comportement, à l'internalisation des stratégies de contrôle de soi et à l'intégration des normes sociales
Sens cohérent de l'identité	Diffusion de l'identité ou manque de cohérence dans le sens de l'identité	Aspects contradictoires de soi et des autres mal intégrés et différenciés	Défaillance relative à l'intégration d'une identité cohérente à travers les contextes

TABLEAU 2

Liste des énoncés du BPFS-C selon les 4 dimensions de la version originale de l'instrument

Énoncés de l'ÉTPLE	
<i>Instabilité affective</i>	
1	Je suis une personne assez heureuse.
5	Je me sens presque toujours pareil(le). Mes sentiments ne changent pas très souvent.
8	Mes sentiments sont très forts. Quand je suis en colère, je suis vraiment très très en colère. Quand je suis heureux(se), je suis vraiment très très heureux(se).
14	Je passe souvent d'un sentiment à un autre, comme être fâché(e), puis triste ou heureux(se).
17	Quand je suis fâché(e), je ne peux pas contrôler ce que je fais.
21	Je deviens tellement fâché(e) que je n'arrive pas à laisser sortir toute ma colère.
<i>Problèmes d'identité</i>	
3	Je me sens mal quand mes parents ou mes amis partent en dehors de la ville pour quelques jours.
9	Je sens qu'il me manque quelque chose d'important, mais je ne sais pas quoi.
12	Je change d'idée presque chaque jour sur ce que je devrais faire quand je serai grand(e).
16	Je m'inquiète que des gens que j'aime partent et ne reviennent plus.
18	Comment je me sens ou ce que je pense de moi change beaucoup d'un jour à l'autre.
22	Je m'ennuie souvent très facilement.
<i>Relations interpersonnelles négatives</i>	
2	Je me sens très seul(e).
6	Je veux que certaines personnes sachent combien elles m'ont fait du mal.
10	J'ai déjà choisi des amis qui m'ont maltraité(e).
13	Les gens qui étaient proches de moi m'ont laissé(e) tomber.
20	Souvent, mes amis(es) et moi sommes vraiment méchants(tes) les uns (unes) avec les autres.
24	Une fois que quelqu'un est devenu mon ami, nous restons des amis.
<i>Comportements d'autodestruction</i>	
4	Je fais des choses que les autres trouvent étranges ou risquées, comme si j'avais perdu le contrôle de moi-même.
7	Je fais des choses sans penser avant de les faire.
11	Je ne prends pas soin des choses qui sont importantes pour moi.
15	Je m'attire des problèmes parce que je fais les choses sans réfléchir.
19	Quand je me sens mal, je fais des choses qui ne sont pas bonnes pour moi.
23	Je prends bien soin des choses qui sont à moi.

TABLEAU 3

**Corrélations entre les énoncés, les sous-échelles
et le score total de l'ÉTPLE et ceux du BPFS-C (N = 43)**

ÉTPLE	Indice de corrélation (<i>r</i>) avec le BPFS-C
Énoncés	
1. Je suis une personne assez heureuse.	0,67
2. Je me sens très seul(e).	0,85
3. Je me sens mal quand mes parents ou mes amis partent en dehors de la ville pour quelques jours.	0,70
4. Je fais des choses que les autres trouvent étranges ou risquées, comme si j'avais perdu le contrôle de moi-même.	0,69
5. Je me sens presque toujours pareil(le). Mes sentiments ne changent pas très souvent.	0,55
6. Je veux que certaines personnes sachent combien elles m'ont fait du mal.	0,68
7. Je fais des choses sans penser avant de les faire.	0,61
8. Mes sentiments sont très forts. Quand je suis en colère, je suis vraiment très très en colère. Quand je suis heureux(se), je suis vraiment très très heureux(se).	0,57
9. Je sens qu'il me manque quelque chose d'important, mais je ne sais pas quoi.	0,76
10. J'ai déjà choisi des amis qui m'ont maltraité(e).	0,46
11. Je ne prends pas soin des choses qui sont importantes pour moi.	0,46
12. Je change d'idée presque chaque jour sur ce que je devrais faire quand je serai grand(e).	0,64
13. Les gens qui étaient proches de moi m'ont laissé(e) tomber.	0,68
14. Je passe souvent d'un sentiment à un autre, comme être fâché(e), puis triste ou heureux(se).	0,72
15. Je m'attire des problèmes parce que je fais les choses sans réfléchir.	0,48
16. Je m'inquiète que des gens que j'aime partent et ne reviennent plus.	0,53
17. Quand je suis fâché(e), je ne peux pas contrôler ce que je fais.	0,65
18. Comment je me sens ou ce que je pense de moi change beaucoup d'un jour à l'autre.	0,55
19. Quand je me sens mal, je fais des choses qui ne sont pas bonnes pour moi.	0,60
20. Souvent, mes amis(es) et moi sommes vraiment méchants(tes) les uns (unes) avec les autres.	0,75
21. Je deviens tellement fâché(e) que je n'arrive pas à laisser sortir toute ma colère.	0,55
22. Je m'ennuie souvent très facilement.	0,45
23. Je prends bien soin des choses qui sont à moi.	0,52
24. Une fois que quelqu'un est devenu mon ami, nous restons des amis.	0,63
Sous-échelles originales	
Instabilité affective	0,83
Problèmes d'identité	0,71
Relations interpersonnelles négatives	0,67
Comportement d'autodestruction	0,69
Score total	0,84

Note. Toutes les corrélations sont significatives à $p < 0,01$.

TABLEAU 4

Composantes de l'ÉTPLE et saturation des items sur sa composante respective

Composante	Description de la composante	% de la variance	Items	Saturation item-composante
Contrôle des impulsions	Regroupe des énoncés relatifs à la perte de contrôle, à l'impulsivité et aux comportements autodestructeurs.	28,20	4. Je fais des choses que les autres trouvent étranges ou risquées, comme si j'avais perdu le contrôle de moi-même.	0,61
			7. Je fais des choses sans penser avant de les faire.	0,75
			11. Je ne prends pas soin des choses qui sont importantes pour moi.	0,33
			12. Je change d'idée presque chaque jour sur ce que je devrais faire quand je serai grand(e).	0,52
			15. Je m'attire des problèmes parce que je fais les choses sans réfléchir.	0,83
			17. Quand je suis fâché(e), je ne peux pas contrôler ce que je fais.	0,57
			18. Comment je me sens ou ce que je pense de moi change beaucoup d'un jour à l'autre.	0,69
			19. Quand je me sens mal, je fais des choses qui ne sont pas bonnes pour moi.	0,80
			21. Je deviens tellement fâché(e) que je n'arrive pas à laisser sortir toute ma colère.	0,32
Relations interpersonnelles négatives	Rassemble des énoncés concernant la durabilité des relations d'amitié et l'agressivité relationnelle.	7,04	6. Je veux que certaines personnes sachent combien elles m'ont fait du mal.	0,45
			10. J'ai déjà choisi des amis qui m'ont maltraité(e).	0,73
			13. Les gens qui étaient proches de moi m'ont laissé(e) tomber.	0,66
			20. Souvent, mes amis(es) et moi sommes vraiment méchants(tes) les uns (unes) avec les autres.	0,49
			24. Une fois que quelqu'un est devenu mon ami, nous restons des amis.	-0,63

Régulation des émotions	Regroupe des énoncés en lien avec le caractère changeant et intense des émotions, de même qu'avec la peur de l'abandon.	6,70	3. Je me sens mal quand mes parents ou mes amis partent en dehors de la ville pour quelques jours.	0,66
			8. Mes sentiments sont très forts. Quand je suis en colère, je suis vraiment très très en colère. Quand je suis heureux(se), je suis vraiment très très heureux(se).	0,61
			14. Je passe souvent d'un sentiment à un autre, comme être fâché(e), puis triste ou heureux(se).	0,39
			16. Je m'inquiète que des gens que j'aime partent et ne reviennent plus.	0,71
Sentiment de vide	Concerne les énoncés portant sur l'ennui, la solitude et l'expérience d'un vide intérieur.	5,23	1. Je suis une personne assez heureuse.	-0,78
			2. Je me sens très seul(e).	0,72
			9. Je sens qu'il me manque quelque chose d'important, mais je ne sais pas quoi.	0,49
			22. Je m'ennuie souvent très facilement.	0,60

TABLEAU 5

Corrélations obtenues entre les sous-échelles et entre les sous-échelles et le score global de l'ÉTPLE (N= 262)

Composantes	Contrôle des impulsions	Relations interpersonnelles négatives	Régulation des émotions	Sentiment de vide	Score total
Contrôle des impulsions		0,53	0,44	0,52	0,88
Relations interpersonnelles négatives			0,42	0,44	0,74
Régulation des émotions				0,43	0,68
Sentiment de vide					0,72

Note. Toutes les corrélations sont significatives à $p < 0,01$.

TÉMOIGNAGE

S'autoriser le droit d'être soi-même, c'est dire « Oui je le veux » au bonheur

Geneviève Boyer

Cette journée-là, un vent, chaud et humide, survoltait tout mon corps, tout mon visage, pendant que le soleil s'amusait à réchauffer le sable. Candides comme il se doit, l'océan, pour sa part, de son côté, de sa rive, s'imposait par sa puissance, sa beauté, ses mystères impénétrables. J'étais presque rendue au bout de la route, à l'extrême sud des États-Unis, en direction de Key West, dernier archipel des Keys, quasiment à 200 kilomètres de La Havane. Mon âme était légère, loin des préoccupations, loin de mon agenda toujours trop garni et de mon quotidien peu routinier. Mon cœur souriait en écoutant jouer la chanson « Don't Stop Believin' » dans la voiture en roulant sur le Seven Miles Bridge lorsque soudain, ma partenaire de vie, avec une seule petite question, ramena mon esprit dans l'instant présent.

Ma partenaire de vie affichait un sourire flamboyant, un regard fébrile, et c'est avec prestance et assurance qu'elle prononça les mots suivants, des mots simples : « Mon amour, accepterais-tu de m'épouser ? » Tout avait été planifié : le pont, l'odeur de la mer, ainsi que bien sûr cette chanson qui fait partie des vestiges immortels des premiers moments de notre passionnée rencontre. Puis, sans réfléchir un seul instant, les larmes aux yeux à cause d'un si grand bonheur, ma réponse fut immédiate : « Oui, je le veux » C'est en partie ainsi qu'il y a deux ans, nous décidâmes d'un commun accord d'unir officiellement nos destinées par l'institution du mariage.

Ce n'est qu'un an plus tard que nous avons finalement retenu une date officielle pour l'été suivant et que nous avons entrepris la

concrétisation de ce grand évènement. Combien de fois, petite fille, j'avais rêvé de cette journée? La cérémonie, les chansons, le gâteau, les invités, les vœux, les échanges d'anneaux, et surtout les échanges de baisers. Je m'imaginais fièrement au bras de mon père, remontant l'allée de l'église jusqu'à l'être aimé. Combien de fois je m'étais imaginée en compagnie de ma mère pour planifier cette journée? Fabriquer les centres de table, choisir ma robe, discuter de la liste des invités et papoter durant des mois et des mois de mille et un petits détails qui rendraient cette journée inoubliable. Bref, un rêve banal qui habite le cœur de bien des jeunes femmes et qui semble si normal dans la suite logique des grands évènements d'une vie. Pourtant, plus les jours avancent et plus ce rêve de jeune fille me fait angoisser

L'endroit choisi pour la cérémonie est féérique, directement sur le bord de l'eau. Le site de la réception est à la fois pittoresque et raffiné, comme dans mes rêves les plus fous. Toutefois, je dors de moins en moins et je suis de plus en plus tourmentée. J'ai peur. J'ai peur du regard des autres sur mon orientation sexuelle, mais je crains particulièrement les réactions homophobes de ma famille immédiate dues à leurs croyances religieuses. J'organise mon emploi du temps pour éviter d'y penser. À mon travail exemplaire et très prenant, j'ajoute trois cours universitaires en droit, trois heures par semaine de bénévolat à l'université, sans parler des séances hebdomadaires de hockey que je me tape deux saisons par année. Je ne veux pas penser, je ne veux pas laisser jaillir ce volcan d'anxiété qui m'habite. Mais au bout d'un certain temps, malgré toutes ces occupations, l'anxiété reprend le contrôle de mon esprit. Parfois, c'est la nuit que tout surgit; je fais alors des cauchemars et j'arrive à peine à dormir quelques heures. Et c'est là que je réalise que j'ai à nouveau besoin d'aide. Je n'y arriverai pas seule, mais cette fois-ci, je n'attendrai pas d'être trop enfoncée dans cet abîme d'angoisse et de culpabilité qui peut facilement saboter mon bonheur présent. Je me sens coupable de ne pas correspondre à l'image que ma famille souhaiterait tant. Ce mal chronique que je croyais disparu est toujours présent (même après des années), et je réalise qu'il revit dans certaines circonstances, par exemple dans notre projet de mariage. Ce mal chronique, ce mal d'être, nommons-le: «homophobie intériorisée».

J'ai eu besoin d'aide puisque mon homosexualité a longtemps été pour moi une source de conflits intérieurs, même si durant les premières années de mon *coming out* – il y a 19 ans, dans ma jeune vingtaine –, j'offrais l'image d'une femme affirmée, en paix avec son

orientation sexuelle, et totalement épanouie. Il en était complètement autrement lorsque j'étais seule avec moi-même. Seule, j'aurais tant voulu être l'image qu'on m'a enseignée, espérant ainsi être aimée inconditionnellement et sainement. J'ai grandi dans une famille protestante pratiquante pour qui l'homosexualité est encore un péché de nos jours. Bien sûr, depuis cette époque, nos relations se sont améliorées. Après beaucoup de temps, ma famille a finalement respecté mon choix, mais ne l'a jamais accepté. Ne jamais obtenir l'approbation parentale pour ce qui est de l'essence même de sa personne cause une grande souffrance intérieure et affecte directement l'estime de soi.

À l'époque, j'étais jeune, sportive, sociable, j'avais déjà voyagé dans plus d'une trentaine de pays avec mon sac à dos, mais plus le temps avançait et plus je fuyais mes émotions, notamment à travers le travail, mais aussi par l'intermédiaire de mille et une distractions futiles et mondaines. C'est au début de ma trentaine que tout explosa. Même si j'étais sortie du placard aux yeux, au su et au vu de ma famille depuis presque une dizaine d'années, je n'avais jamais pu être accompagnée dans ma famille proche ni dans toute ma parenté. Mes parents étaient toujours très heureux de me recevoir, mais en aucun cas, il n'était possible de partager avec eux des éléments de ma vie privée et amoureuse. Ils ne voulaient pas de détails sur ma vie intime et préféraient entretenir une relation superficielle, concentrant les discussions presque uniquement sur mon travail. Comme un prisonnier habitué à vivre derrière les barreaux et se sachant incapable de survivre à une liberté soudaine, cette façon de fonctionner était devenue mon cadre et ma sécurité, quoiqu'avec pour conséquence de ne pouvoir vivre de façon entièrement transparente mon homosexualité.

Mais cette année-là, ma cousine (une grande âme, humaine et sensible) organisa son mariage et prit le soin de m'appeler en insistant sur le fait qu'elle voulait absolument que je vienne accompagnée pour célébrer cette journée-là. Pour elle, c'était sa journée, son lieu de réception et ma famille immédiate n'avait pas à dicter les règles pour célébrer pareil évènement. Pour elle, que je vienne toute seule, non accompagnée à son mariage, n'était pas une option ! J'étais bouleversée. Comment pourrais-je faire face à ma famille ainsi ? Comment pourrais-je réussir à m'afficher publiquement avec une autre femme ? Comment survivre aux regards des autres ? Est-ce que j'allais être rejetée, jugée ? M'afficher, c'était facile pour moi dans le village gai, avec mes amis proches, mais je ne l'avais jamais fait ouvertement dans un évènement familial, particulièrement lors d'un mariage ! Il y avait

pourtant eu le mariage de ma sœur, celui de mon frère, mais jamais je n'avais eu la possibilité d'y aller accompagnée. J'avais même reçu un faire-part sur mesure adressé à une seule personne lors de l'un des mariages. Cela m'a blessée énormément, mais je n'ai eu aucune réaction envers ma famille. À l'époque, j'aurais pu, et même j'aurais dû me révolter, mais je ne trouvais pas la force en moi. Comme si son comportement était normal et justifié et que je méritais ce traitement. Mais là, avec le téléphone de ma cousine, je ne pouvais pas maintenir cette situation si absurde. Je devais saisir cette occasion pour m'affirmer et oser être entièrement moi-même.

Il y a donc neuf ans, lors dudit mariage, pour la première fois, j'ai franchi un mur que moi-même j'avais collaboré à construire. Je quittais donc l'illusion d'un certain confort intérieur dans lequel je m'étais réfugiée pour afficher, sans aucune comédie ni aucun rôle prédéterminé, la personne que je suis. La journée s'est très mal déroulée. Par le plus grand des hasards, je suis arrivée à la cérémonie en même temps que mes parents, ceux-ci ne daignant pas me regarder ni me saluer. Avant la cérémonie, ma propre mère enlaça chaleureusement la copine de mon cousin, mais elle n'était pas arrivée à oser embrasser sa propre fille. Ce fut l'un des moments les plus blessants de ma vie. Elle quitta les lieux, en plein milieu de la cérémonie, prétextant après coup que le fait que je sois accompagnée était trop pénible à supporter pour elle. Elle revint pour la réception, mais tous pouvaient constater à son attitude, son regard, qu'elle était contrariée.

Consciemment ou inconsciemment, ma mère aurait voulu imposer sa loi cette journée-là, et elle s'est assurée de démontrer publiquement son désaccord et son désarroi envers cette situation. Elle voulait que je sache qu'elle désapprouvait entièrement ma présence et celle de ma copine. Il y a des blessures profondes qu'on peut infliger à autrui uniquement avec le silence. Ce jour-là, j'ai vécu un immense rejet et j'ai ressenti une très grande souffrance intérieure, moi qui avais toujours recherché désespérément l'approbation maternelle. Ce fut le début d'une grande période noire.

Quelques semaines plus tard, lors d'une magnifique journée ensoleillée, ma copine me trouva dans la baignoire alors que j'étais intérieurement complètement en détresse. Ayant perdu le goût de vivre, je n'arrivais plus à fonctionner. Je l'ignorais à ce moment-là, mais j'étais alors en profonde dépression. Ma copine de l'époque (qui est aujourd'hui l'une de mes meilleures amies) entreprit des démarches pour que je puisse recevoir de l'aide. C'est lors de ses recherches qu'elle découvrit

le Centre d'orientation sexuelle de l'Université McGill (ci-après COSUM) qui allait positivement changer ma vie à jamais. Docteure Karine J. Igartua et son équipe m'ont immédiatement offert une prise en charge hebdomadaire. J'ai eu aussi besoin d'antidépresseurs durant un certain temps. Au départ, comme on dit, je ne voyais pas la moindre lumière au bout du tunnel. C'était la grande noirceur. C'est à ce moment-là que j'ai pris conscience que je n'avais jamais véritablement accepté mon homosexualité. Cette non-acceptation était l'une des sources importantes de mes conflits intérieurs, et elle entraînait avec elle nombre de conséquences malsaines pour ma vie, notamment pour mon estime personnelle et pour le droit de me permettre d'être heureuse. C'est indéniablement la thérapie individuelle qui fut le plus bénéfique des traitements dans mon cheminement.

On ne formula aucune présomption concernant ma sexualité, mais une fois celle-ci établie, on ne chercha pas à m'aider à découvrir les origines de ma différence sexuelle ni le « pourquoi du comment », comme je l'avais brièvement vécu dans d'autres thérapies entreprises tout au long de mon *coming out*. La thérapie était plutôt orientée sur mes perceptions, l'identification de mes émotions, mes appréhensions, mes peurs. Bien entendu, lorsqu'on se lance dans une thérapie individuelle, on ne touche pas uniquement à une seule facette, à un seul problème, mais bien à l'ensemble des mécanismes et des comportements d'une personne. C'est ainsi qu'un véritable travail sur ma personne débuta.

Au COSUM, je me sentais en sécurité. Avec le temps, j'ai développé un lien de confiance indispensable, et j'ai pu m'ouvrir et m'abandonner. Doucement, quasiment à mon insu, j'étais sur le chemin de la guérison. Personnellement, vouloir progresser a toujours été essentiel et primordial, mais parfois, il faut des outils, des guides. Parfois, on veut aller de l'avant, mais paradoxalement, on est totalement perdu. Malgré l'intelligence, la volonté, la détermination, une boussole est nécessaire. Sans cette thérapie, je ne serais pas la personne épanouie que je suis, et me marier aujourd'hui serait complètement impensable ! Ma gratitude est infinie. Une thérapie individuelle est un investissement important en temps et en énergie, mais elle est tellement plus efficace que de simplement se limiter aux antidépresseurs. Et parfois, comme dans mon cas, on assiste à des miracles. J'affirme et le réitère, cette thérapie m'a sauvé la vie.

Mais voilà que depuis le début de notre projet de mariage, la peur de sombrer à nouveau dans un état dépressif a refait surface. Je vis des

moments d'angoisse très forts. Alors que je croyais être complètement guérie depuis quelques années, de vieux fantômes revenaient me hanter. C'est donc dans ce contexte que j'ai contacté le COSUM afin d'être de nouveau accompagnée. Durant ma première séance, j'ai posé une question : « Comment cette situation va-t-elle se terminer ? », et j'ai été marquée par la réponse : « Cette situation peut faire régresser, stagner ou encore être un levier pour grandir et évoluer. » Je n'ai pas encore la réponse, mais je mets tout en œuvre afin que la troisième option se concrétise.

Il y a presque dix ans, je ne pouvais même pas m'imaginer aller accompagnée à un mariage alors que cet été, bientôt, c'est moi qui célébrerai mon mariage avec une femme ! Comment cela est-il possible ? Jamais je n'aurais pu imaginer un jour un tel scénario. Me marier était pour moi aussi improbable que de gagner à la loterie ! Plus le temps avance et plus je réalise à quel point la thérapie a été bénéfique pour mon homophobie intériorisée. Bien que toujours présente, elle n'a désormais plus le contrôle absolu sur ma personne.

Depuis des mois, j'anticipe l'envoi des faire-part, notamment à ma famille et à ma parenté. J'ai passé en revue tous les scénarios possibles. Est-ce que j'invite les membres de ma famille ? Mais si jamais ils décidaient de venir, comment je réagis ? Est-ce que je serai capable de vivre pleinement mon amour sous leurs yeux ? Comment vais-je réagir ? Et si je devenais complètement figée durant la cérémonie ? Et s'ils ne venaient pas ? Serais-je capable de supporter ce rejet ? Plus de 180 invitations ont été envoyées ; est-ce que je serai réellement capable de supporter autant de regards sur nos échanges de baisers ? Présentement, donc, je n'ai vraiment plus aucun contrôle sur les faire-part envoyés. Après des mois de réflexions bien mûries, j'ai choisi volontairement d'inviter les membres de ma famille. D'une part, je souhaite qu'ils refusent d'être présents au mariage par peur d'être confrontée à l'homophobie que je ressens dans leur regard ; d'autre part, leur probable absence m'entraîne inévitablement dans un très grand processus de deuil. Le deuil de ce rêve de remonter l'allée centrale au bras de son père et de vivre de la complicité avec sa mère, ce qu'une fille est en droit de s'attendre à l'occasion d'un tel événement. Les deux possibilités me font vivre une panoplie d'émotions. Mais je me prépare aux deux éventualités. D'un côté comme de l'autre, je grandirai.

C'est fou comment un même événement peut faire vivre des émotions diamétralement opposées ! D'emblée, je suis si heureuse, fébrile et submergée de bonheur lorsque je suis dans les préparatifs, mais à la

fois envahie d'une grande anxiété en pensant à ma famille. Au moment où j'écris ce billet, les invitations ont déjà été envoyées, mais comme une bouteille jetée à la mer, je ne connais pas encore leur destin. On peut anticiper, espérer, angoisser, mais une fois que s'est fixé notre destin, tout est désormais hors de notre contrôle, et il ne nous reste qu'à être uniquement en mesure de composer avec tout ce qui pourra arriver, les nombreux inattendus.

D'ici peu, entourée des gens qui auront choisi en toute sérénité de venir partager mon bonheur, je lèverai les yeux vers le ciel, je remercierai la Vie de pouvoir unir ma destinée à celle qui fit chavirer mon cœur. Je proclamerai haut et fort tout mon amour à ma dulcinée. Je respirerai chaque seconde de ce grand bonheur, et mon regard sera entièrement rivé sur celle que j'ai choisie.



COUPON D'ABONNEMENT

Je désire un abonnement :

☐ un an

Je désire ___ exemplaire (s) du volume ___ au montant de 25 \$ (19 €) l'unité

NOM _____

PROFESSION _____

A/S DE _____

ADRESSE _____

PAYS _____

CODE POSTAL _____

TÉLÉPHONE _____

TÉLÉCOPIEUR _____

COURRIEL _____

Retournez ce coupon avec votre chèque ou mandat-poste libellé au nom des PUM à :

Les Presses de l'Université de Montréal,
5450, ch. Côte-des-Neiges, bureau 100
Montréal (Québec) H3T 1Y6

TARIFS

1 an

Particuliers ☐ 33,50 \$ (24€)

Institutions ☐ 43,50 \$ (32€)

Étudiants ☐ 26,50 \$ (19€)

Paiement par ☐ chèque ☐ mandat-poste ☐ Visa ☐ MasterCard

N° DE CARTE _____

DATE D'EXP. _____

SIGNATURE _____

DATE _____

On peut consulter les résumés de tous les articles publiés dans
Santé mentale au Québec depuis sa création en 1976 sur le site Internet Érudit :
<http://www.erudit.org/revue/smq/>

ÉDITORIAL

Jean Caron

NUMÉRO THÉMATIQUE

Identités et orientations sexuelles

Karine Igartua. PRÉSENTATION.

Karine Igartua, Richard Montoro. Les minorités sexuelles, concepts, prémisses et structures d'une approche clinique adaptée

Michel Dorais. Repenser le sexe, le genre et l'orientation sexuelle

Richard Montoro, Brett Thombs, Karine Igartua. L'association des dimensions de l'orientation sexuelle, du harcèlement et du suicide : quelles minorités sexuelles sont les plus à risque ?

Guillaume Raymond, Martin Blais, Félix-Antoine Bergeron, Martine Hébert. Les expériences de victimisation, la santé mentale et le bien-être de jeunes trans au Québec

Annie Pullen Sansfaçon. Parentalité et jeunes transgenres : un survol des enjeux vécus et des interventions à privilégier pour le développement de pratiques transaffirmatives

Félix-Antoine Bergeron, Martin Blais, Martine Hébert. Le rôle du soutien parental dans la relation entre la victimisation homophobe, l'homophobie intériorisée et la détresse psychologique chez les jeunes de minorités sexuelles (JMS) : une approche de médiation modérée

Karine Igartua. Distinguer le processus d'acceptation d'une identité sexuelle minoritaire d'un trouble obsessionnel compulsif avec obsessions sexuelles

Marie Geoffroy, Line Chamberland. Discrimination des minorités sexuelles et de genre au travail : quelles implications pour la santé mentale ?

Julie Beauchamp et Line Chamberland. Les enjeux de santé mentale chez les aînés gais et lesbiennes

Emmanuel Stip. Les RaeRae et Mahu : troisième sexe polynésien

MOSAÏQUE

Martin Deseilles. Adaptation et neurosciences I : craintes, société, méthodologie, finalité

Benoît Poisson. Perspective biopsychologique systémique des émotions de base

Geneviève Dubé, Miguel M. Terradas, Sophie Arseneault. L'enfant borderline en devenir II : validation préliminaire de l'Échelle de traits de personnalité limite pour enfants

TÉMOIGNAGE

Geneviève Boyer. S'autoriser le droit d'être soi-même c'est dire « Oui je le veux » au bonheur...

Université  de Montréal

 Institut universitaire en santé mentale de Québec

 Douglas
INSTITUT
UNIVERSITAIRE EN
SANTÉ MENTALE
MENTAL HEALTH
UNIVERSITY
INSTITUTE

 Institut universitaire en santé mentale de Montréal

25 \$ (19 €)
81^e numéro

LA REVUE NE PEUT PLUS REMERCIER
LE FONDS DE RECHERCHE DU QUÉBEC
SOCIÉTÉ ET CULTURE (FQRSC)
POUR SON SOUTIEN FINANCIER

ISSN 0383-6320



9 770383 632006

81