

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE EXPLORATOIRE DES LIENS ENTRE LES DIMENSIONS DE
L'ORIENTATION SEXUELLE BISEXUELLE ET LA SANTÉ MENTALE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MÉLISSA FORTIN

MAI 2010

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

« Les mâles ne se divisent pas en deux groupes distincts, les hétérosexuels et les homosexuels. Le monde n'est pas divisé en brebis et en boucs. Tout n'est pas noir et tout n'est pas blanc. La nature, selon un principe de taxinomie, a rarement affaire à des catégories distinctes. Seul l'esprit humain invente des catégories et s'efforce de faire entrer les faits dans des cases séparées. Le monde vivant est un continuum dans ses moindres aspects. Plus tôt nous connaissons le comportement sexuel de l'homme et plus tôt nous parviendrons à une saine compréhension des réalités du sexe ».

Alfred Kinsey
(Kinsey et al. 1948, p.639)

REMERCIEMENTS

Cette thèse est le résultat d'un long parcours de réflexions, de déconstructions et de redéfinitions, qui apparaît à la confluence des idées et des efforts de plusieurs personnes à qui je désire témoigner ma profonde reconnaissance.

Je tiens d'abord à remercier ma directrice, Danielle Julien, professeure au département de psychologie, pour la qualité de son encadrement, la fidélité de son engagement et surtout, pour avoir accepté de me guider dans l'exploration d'un sujet qui m'était cher. Merci aussi à Joseph Josy Lévy, professeur au département de sexologie, pour son accompagnement et le généreux partage de ses connaissances.

Merci à Jean Bégin, statisticien au département de psychologie, pour sa légendaire compétence, son aide indispensable dans la réalisation des analyses statistiques et pour sa douce patience.

Merci à mes collègues de l'Équipe de recherche sur la famille et son environnement – Élise Chartrand, Johanna Vyncke, Alexandre L'Archevêque, Émilie Jouvin, Émilie Jodoin, Émilie D'Amico, Marie-Claude Simard, Yannick Dion et Sam Talbot – pour leur aide et le partage de leurs idées.

Merci aux femmes de ma vie. Ma mère, Chantal, pour son soutien indéfectible, sa confiance et pour mille autres raisons. Mes regrettées grands-mères, Yvette et Lucille, pour leurs fidèles encouragements. Alice, au pays des merveilles, pour sa sagesse.

Merci aux hommes de ma vie. Mon père, Mario, pour m'avoir transmis des valeurs d'ouverture et de dépassement de soi qui m'étaient nécessaires pour amorcer et mener à terme ce projet et pour mille autres raisons. Mon frère, Alexis, mon tout premier complice, pour sa générosité, son soutien moral et ses judicieuses questions. Mon grand-père, Gaëtan, pour sa fierté. Mon meilleur ami, Sébastien Côté, pour son amour et son soutien inconditionnels et pour les nombreux échanges authentiques à travers lesquels ce processus d'apprentissage a trouvé un sens plus grand. Mes neveux, Louis et Laurent, qui, sans le savoir, m'ont permis d'oublier cette thèse durant des moments de pur bonheur.

Merci à mes chers amis, Patrick Bouliane, Philippe Tremblay, Bruno Gauthier, Luc Woodbury, Alexandre Bissonnette, Annie Leblond de Brumath, Jessica Patenaude, Maki Kogo, Pierre-Yves Ménard, Danielle Viau, Josée Ménard, Lyne Fortin, Colette Poissant, Dominic Poissant, Michèle Turcotte, Charles Fortin et Dominic Beaulieu-Prévost, pour leur fidèle complicité, leurs encouragements et leurs bons conseils dans les meilleurs et les plus difficiles moments de ce long processus de rédaction.

Je tiens finalement à remercier chacune des femmes et chacun des hommes qui ont généreusement accepté de participer à cette étude en partageant l'intimité de leur expérience du rapport à soi et à l'Autre.

Cette thèse a été réalisée en partie grâce à l'obtention de bourses de la Fondation de l'UQÀM - Fonds pour la formation de chercheurs et d'aide à la recherche (FCAR) et Fonds à l'accessibilité et à la réussite des études (FARE) - ainsi que des Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) et au soutien financier de mes parents et amis.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
RÉSUMÉ.....	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
CONTEXTE THÉORIQUE.....	6
1.1 Différenciation des concepts liés à l'identité sexuelle.....	6
1.2 Remise en question du modèle pathologique de l'homosexualité.....	10
1.3 Différenciation des dimensions de l'orientation sexuelle.....	13
1.3.1 Concordance entre les dimensions de l'orientation sexuelle.....	19
1.3.2 Choix des dimensions comme mesures de l'orientation sexuelle.....	21
1.3.3 Premier et deuxième objectifs de la présente étude.....	23
1.4 Mouvements de libération sexuelle.....	23
1.4.1 Mouvement gai.....	23
1.4.2 Mouvement bisexuel.....	26
1.5 Évolution des questions de recherche sur l'orientation sexuelle et des programmes d'interventions.....	29
1.5.1 Troisième objectif de la présente étude.....	32
1.6 Données empiriques sur les liens entre l'orientation sexuelle et la santé mentale.....	33
1.6.1 Consommation d'alcool et de drogues.....	36
1.6.2 Perception de sa santé mentale et détresse psychologique.....	40
1.6.3 Résumé des données empiriques.....	42
1.7 Cadre théorique.....	45
1.7.1 Facteurs de vulnérabilité.....	46
1.7.2 Facteurs de résilience.....	50

1.7.3 Le sexe.....	51
1.8 Données empiriques sur l'impact des variables de vulnérabilité et de résilience individuelles et environnementales sur le lien entre les dimensions de l'orientation sexuelle et la santé mentale.....	54
1.8.1 Discrimination.....	54
1.8.2 Malaise à l'égard de son orientation sexuelle.....	55
1.8.3 Dévoilement de son orientation sexuelle.....	55
1.8.4. Soutien.....	56
CHAPITRE II MÉTHODOLOGIE.....	57
2.1 Répondants.....	57
2.2 Procédure.....	59
2.3 Mesures.....	60
2.3.1 Orientation sexuelle.....	60
2.3.2 Variables de santé mentale.....	62
2.3.3 Variables de vulnérabilité et de résilience.....	63
CHAPITRE III RÉSULTATS.....	68
3.1 Transformation des données.....	68
3.2 Description de l'échantillon en fonction des dimensions de l'orientation sexuelle et du sexe.....	70
3.2.1 Prévalences de bisexualité en fonction des dimensions de l'orientation sexuelle.....	70
3.2.2 Prévalences de bisexualité en fonction de la concordance entre les dimensions de l'orientation sexuelle.....	73
3.3 Description des liens directs et indirects entre les dimensions de l'orientation sexuelle et les variables de santé mentale.....	75
3.3.1 Stratégies d'analyses.....	75
3.3.2 Résultats des analyses pour la dimension identitaire.....	86
3.3.3 Résultats des analyses pour la dimension comportementale.....	88

3.3.4 Résultats des analyses pour la dimension amoureuse.....	89
CHAPITRE IV	
DISCUSSION.....	93
4.1 Description de l'échantillon en fonction des dimensions de l'orientation sexuelle, de la concordance et du sexe.....	93
4.1.1 Des prévalences de bisexualité variant selon les dimensions.....	94
4.1.2 Partons de concordance.....	101
4.2 Liens directs et indirects entre les dimensions de l'orientation sexuelle et la santé mentale	103
4.2.1 Liens directs.....	104
4.2.2 Liens indirects (modérateurs).....	109
4.3 Limites.....	115
CONCLUSION.....	119
APPENDICE A	
Formulaire de consentement.....	123
APPENDICE B	
Questionnaire d'informations générales.....	126
APPENDICE C	
Questionnaire d'évaluation de l'orientation sexuelle.....	129
APPENDICE D	
Questionnaire sur les partenaires sexuels.....	132
APPENDICE E	
Questionnaire sur les habitudes de consommation d'alcool et de drogues.....	134
APPENDICE F	
Question sur la perception de la santé mentale.....	136
APPENDICE G	
Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique.....	138
APPENDICE H	
Questionnaire sur la discrimination perçue.....	140
APPENDICE I	
Questionnaire des craintes liées à la divulgation de ses attirances bisexuelles.....	143

APPENDICE J	
Questionnaire des attitudes à l'égard de son orientation sexuelle.....	145
APPENDICE K	
Questionnaire sur l'acceptation de son orientation sexuelle.....	147
APPENDICE L	
Questionnaire du dévoilement des attirances sexuelles bisexuelles.....	149
APPENDICE M	
Échelle de soutien social perçu.....	151
RÉFÉRENCES.....	155

LISTE DES FIGURES

1.1	Modèle de l'identité sexuelle selon Shively et De Cecco (1977).....	7
1.2	Modèle bidimensionnel orthogonal des rôles sexuels (Bem, 1974, 1976).	9
1.3	Modèle dichotomique de l'orientation sexuelle.....	11
1.4	Modèle unidimensionnel-bipolaire (Kinsey, 1948, 1953).....	12
1.5	Modèle bidimensionnel orthogonal de l'orientation sexuelle (Storms, 1978-1980).....	14
1.6	Grille de l'orientation sexuelle de Klein (Klein, 1993).....	15
1.7	Dimensions de l'orientation sexuelle utilisées dans la présente étude.....	22
1.8	Cadre d'analyse de la présente étude.....	33
1.9	Modèle général d'analyse des liens directs et indirects entre les dimensions de l'orientation sexuelle et les variables de santé mentale.....	44
1.10	Modèle d'analyse détaillé des liens directs et indirects entre les dimensions de l'orientation sexuelle et les variables de santé mentale.....	53
3.1	Distribution des réponses des hommes sur les dimensions identitaire, comportementale et amoureuse de l'orientation sexuelle.....	71
3.2	Distribution des réponses des femmes sur les dimensions identitaire, comportementale et amoureuse de l'orientation sexuelle.....	72
3.3	Proportions de répondants en fonction du sexe et de la concordance entre les dimensions de l'orientation sexuelle.....	74
3.4	Modèle de médiation.....	77
3.5	Modèle d'analyse des liens directs et indirects entre les dimensions de l'orientation sexuelle et les variables de santé mentale.....	82
3.6	Degrés de mauvaise santé mentale perçus en fonction de la dimension identitaire et du sexe.....	87
3.7	Degrés moyens de mauvaise santé mentale perçus en fonction de la dimension identitaire et du degré de malaise à l'égard de son orientation sexuelle.....	88

3.8	Proportions de participants rapportant avoir consommé de l'alcool/drogues au cours de la dernière année en fonction de la dimension amoureuse et du sexe.....	90
3.9	Degrés de détresse psychologique perçus en fonction de la dimension amoureuse et du sexe.....	91

LISTE DES TABLEAUX

2.1	Caractéristiques sociodémographiques en fonction du sexe.....	59
3.1	Intercorrélations entre les variables à l'étude	80
3.2	Moyennes (écarts-types) et proportion des variables de vulnérabilité et de résilience et des variables de santé mentale en fonction du sexe et des dimensions de l'orientation sexuelle.....	84

RÉSUMÉ

Le concept de bisexualité s'est progressivement complexifié à travers l'évolution des modèles théoriques de l'orientation sexuelle sous l'influence des mouvements sociopolitiques militant pour la reconnaissance des droits et libertés des personnes de minorités sexuelles. Ce processus de démedicalisation des orientations sexuelles minoritaires, parallèlement à la reconnaissance de l'orientation sexuelle comme un ensemble de dimensions incluant l'auto-identification, les comportements sexuels, les attirances sexuelles et les sentiments amoureux a ouvert la voie à de nouvelles perspectives pour rendre compte des liens empiriques entre les orientations sexuelles minoritaires et la santé mentale. Si au cours des dernières décennies, les recherches s'intéressant au lien entre l'homosexualité et la santé mentale se sont multipliées, l'état des connaissances sur la bisexualité et son lien à la santé mentale demeure encore embryonnaire.

Dans sa première partie, cette thèse vise deux objectifs : a) décrire un échantillon de personnes en fonction des différentes dimensions de l'orientation sexuelle et du sexe et b) en fonction de la concordance entre ces dimensions. Dans sa deuxième partie, la thèse propose un troisième objectif visant l'identification des dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle associées aux variables de santé mentale. Finalement, s'appuyant sur le modèle du stress lié au statut de minorité sexuelle de Meyer (2003), la présente thèse propose un quatrième objectif visant l'identification des facteurs de vulnérabilité et de résilience individuels et environnementaux susceptibles de révéler les liens entre la bisexualité et la santé mentale.

Soixante-cinq hommes et 64 femmes âgés de plus de 25 ans déclarant s'identifier comme bisexuels et/ou avoir des comportements sexuels avec des hommes et des femmes et/ou avoir des attirances sexuelles pour les deux sexes et/ou des sentiments amoureux bisexuels participent à l'étude. Les répondants ont complété des questionnaires évaluant les différentes dimensions de l'orientation sexuelle, des variables de santé mentale incluant la consommation d'alcool et de drogues, la détresse psychologique et la perception de la santé mentale et des facteurs de vulnérabilité et de résilience incluant la discrimination perçue, les craintes liées à la divulgation de son orientation sexuelle, les attitudes à l'égard de son orientation sexuelle, l'acceptation de son orientation sexuelle, le dévoilement de ses attirances sexuelles bisexuelles et le soutien social et familial perçu.

Nos résultats montrent que les prévalences de bisexualité varient en fonction des dimensions utilisées pour l'évaluer, les prévalences les plus élevées étant obtenues par les attirances sexuelles et les prévalences les plus faibles par les sentiments amoureux. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer

avoir des comportements sexuels et des sentiments amoureux bisexuels. Nos résultats montrent également une variabilité des patrons de concordance entre les différentes dimensions de l'orientation sexuelle. L'analyse des liens directs entre les dimensions de l'orientation sexuelle et la santé mentale montre que l'auto-identification bisexuelle est directement reliée à la consommation d'alcool et de drogues. La considération des facteurs de vulnérabilité et de résilience comme conditions affectant le lien entre bisexualité et santé mentale montre que des sous-groupes se distinguent en fonction du sexe et du niveau de malaise à l'égard de son orientation sexuelle.

Ces résultats confirment la pertinence d'une mesure multidimensionnelle de l'orientation sexuelle dans l'identification des groupes sexuels minoritaires. De plus, ils suggèrent que les différentes dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle sont associées à des profils de risque distincts et que la considération des facteurs de vulnérabilité et de résilience permet d'identifier des sous-groupes plus à risque. La portée de ces résultats dans le domaine de l'intervention auprès des personnes de minorités sexuelles est brièvement discutée.

MOTS CLÉS : Bisexualité, orientation sexuelle, santé mentale, facteurs de vulnérabilité et de résilience

INTRODUCTION

L'idée de la bisexualité est très ancienne. Contrairement au terme « homosexuel » dont la définition est demeurée relativement stable, la signification du terme « bisexuel » a subi d'importantes transformations à travers le temps et en fonction des disciplines de références (Deschamps, 2002). Dans la mythologie, la bisexualité est souvent représentée sous forme d'un être divin originel bisexué, comme « un être suprême primordial et androgyne » (Mopsik, 2003). Dans *Le Banquet*, Platon décrit cet être comme ayant « quatre mains et des jambes en nombre égal à celui des mains; puis, sur un cou tout rond, deux visages absolument pareils entre eux, mais une tête unique pour l'ensemble de ces deux visages, opposés l'un à l'autre; quatre oreilles; les parties honteuses en double » (p. 70-71). Une intervention divine serait à l'origine de la séparation de cet être en deux, dont les parties sont dépeintes tantôt comme des frères et sœurs, le Ciel et la Terre, le Soleil et la Lune, l'Homme et la Femme (Mopsik, 2003). Depuis cette séparation originelle, les hommes et les femmes seraient en quête l'un de l'autre et l'amour ou le désir sexuel constituerait cette force réconciliatrice (Genty, 1995).

En sciences, bien avant la formation des concepts d'« homosexuel » et d'« hétérosexuel », on rapporte la première utilisation du terme « bisexuel » dans la botanique française vers la fin du 18^e siècle pour désigner les plantes possédant à la fois des organes de l'un et de l'autre sexe, par opposition au terme « unisexuel » introduit pour désigner des végétaux n'ayant des organes que d'un seul sexe (Mendès-Leite, Deschamps et Proth, 1996). Le concept biologique de la bisexualité a aussi été utilisé par les embryologistes du 19^e siècle pour décrire l'état embryonnaire avant la phase de différenciation sexuelle (Freimuth et Hornstein, 2000).

Selon Ceccarelli (2002), c'estn s'inspirant de cette notion « d'hermaphrodisme anatomique » décrite comme « une disposition bisexuelle originelle qui au cours de l'évolution, s'oriente vers la monosexualité, tout en conservant quelques restes atrophiés du sexe contraire » (Freud, 1905) que Freud fonda, sous l'influence de Fliess, une théorie de la bisexualité dont les deux hommes se disputèrent la paternité. Selon le *Vocabulaire de la psychanalyse* de Laplanche et Pontalis (1971), la notion freudienne de bisexualité réfère au fait que tout être humain aurait constitutionnellement des dispositions sexuelles à la fois masculines et féminines sur lesquelles s'étaient les conflits que le sujet connaît pour assumer son propre sexe. Selon Freud, la notion de bisexualité réfère donc à un dispositif psychique. Par ailleurs, il utilise le terme « homosexualité » ou « phénomène d'inversion » pour référer au choix d'objet, c'est-à-dire à « l'acte d'élire une personne ou un type de personne comme objet d'amour » (Laplanche et Pontalis, 1971). En introduisant le concept de narcissisme, Freud explique que l'homosexuel s'aime lui-même à travers son objet d'amour. Le concept d'homosexualité, qui désigne aujourd'hui une orientation sexuelle, est défini par Freud comme une trajectoire singulière de la pulsion sexuelle marquée par un arrêt du développement psychosexuel. Cette conceptualisation de l'homosexualité et de la bisexualité comme un état transitoire dans le développement est partagée par plusieurs auteurs de son époque (p. ex., Ellis, Krafft-Ebing). Freud a utilisé les termes « invertis absolus » pour désigner ceux dont la sexualité n'a pour objet que des individus appartenant au même sexe qu'eux et « invertis amphigènes » (hermaphrodisme psychosexuel) pour désigner des personnes dont la sexualité peut avoir pour objet indifféremment l'un ou l'autre sexe (Freud, 1905).

Les théories de Freud sur l'homosexualité et la bisexualité se sont progressivement complexifiées à travers son œuvre. Dans une note de bas de page ajoutée en 1915 dans ses *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Freud précise que « la psychanalyse se refuse absolument à admettre que les homosexuels constituent

un groupe ayant des caractères particuliers, que l'on pourrait séparer de ceux des autres individus » (p.168). Il semble bien que ce soit à la psychiatrie de cette époque, comme nous le verrons plus loin avec Foucault, que l'on attribue la médicalisation de l'homosexualité qui perdurera jusqu'à son retrait par l'*American Psychiatric Association* (APA) du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) en 1973.

L'abandon de la conception pathologique des orientations sexuelles minoritaires dans le domaine de la recherche scientifique marque le passage vers la création de nouveaux concepts d'orientation sexuelle remettant ainsi en question les catégories d'hétérosexualité, d'homosexualité et de bisexualité. Suite à l'épidémie du VIH, les chercheurs ont favorisé la dimension comportementale pour évaluer les risques d'exposition au VIH les amenant ainsi à créer la catégorie des Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes (ou HARSAH). Au sein de cette catégorie, les études tendent maintenant à distinguer les personnes ayant des comportements bisexuels de celles ayant des comportements homosexuels puisqu'elles semblent présenter des profils de risque distincts (Médico, Lévy et Otis, 2004). Dans le domaine de la recherche en psychologie, les questions liées aux enjeux identitaires et leurs impacts sur la santé mentale ont pour leur part favorisé l'utilisation des dimensions liées à l'auto-identification et aux attirances sexuelles. L'étude des réalités propres aux personnes homosexuelles et bisexuelles, notamment en lien avec les expériences de discrimination, encourage la distinction de ses deux groupes au sein des recherches (Cochran et Mays, 2007).

Aujourd'hui, le constat empirique des prévalences plus élevées de problèmes de santé mentale chez les personnes de minorités sexuelles, et plus particulièrement chez les personnes bisexuelles, soulève d'une part la question des groupes de personnes ciblées par les différentes mesures de la bisexualité et d'autre part, la question des facteurs de risque à la santé mentale associés à ces différents groupes. À

cet égard, la présente thèse s'intéresse aux mesures spécifiques de l'orientation sexuelle bisexuelle et aux facteurs de vulnérabilité et de résilience des personnes bisexuelles afin de mieux comprendre les résultats de recherches montrant leur plus grande vulnérabilité.

Dans sa première partie, cette thèse propose d'abord une brève mise en contexte des transformations théoriques du concept d'orientation sexuelle qui ont contribué au développement du concept de bisexualité et de sa mesure empirique. Cette mise en contexte nous conduit à formuler les deux premiers objectifs de la thèse : a) décrire un échantillon de personnes en fonction des différentes dimensions de l'orientation sexuelle et du sexe et b) en fonction de la concordance entre ces dimensions.

Dans sa deuxième partie, la thèse propose un bref survol des mouvements sociopolitiques militants ayant influencé et ayant été influencés par les transformations théoriques du concept d'orientation sexuelle, présente l'évolution des questions de recherche sur l'orientation sexuelle et les données empiriques sur le lien entre l'orientation sexuelle bisexuelle et la santé mentale. Ceci permet de formuler notre troisième objectif visant l'identification des dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle associées aux variables de santé mentale incluant la consommation d'alcool et de drogues. Finalement, nous appuyant sur le modèle du stress lié au statut de minorité sexuelle de Meyer (2003), la présente thèse propose un quatrième objectif qui vise à identifier des facteurs de vulnérabilité et de résilience individuels et environnementaux susceptibles de révéler des liens entre la bisexualité et la santé mentale.

À la suite de ce contexte théorique, nous présentons la méthodologie d'une étude quantitative utilisée pour répondre à nos questions de recherche. Nous présentons ensuite les résultats obtenus et nos interprétations. Enfin, une conclusion

résume nos résultats de recherche et propose une brève réflexion sur leurs implications dans le domaine de l'intervention auprès des personnes de minorités sexuelles.

Notons que la présente étude vise à questionner les résultats de recherches actuels sur la santé mentale des personnes bisexuelles en proposant une description d'un échantillon de personnes bisexuelles en fonction des différentes dimensions de l'orientation sexuelle et une analyse de leurs liens avec des variables de santé mentale. La présente thèse constitue une exploration de ces questions. Bien qu'elle invite à une réflexion sur les stratégies d'intervention auprès des personnes bisexuelles, la présente thèse n'a pas pour objectif la formulation de recommandations précises quant aux programmes d'intervention destinés à cette population. À sa manière, elle constitue une réflexion documentée sur les limites des interprétations des recherches sur la bisexualité, qui vont au-delà bien souvent de ce qui a été mesuré par la méthode d'identification des participants (la mesure), et, surtout, elle questionne l'artefact des catégories souvent nécessaires à l'analyse, mais qui tendent à réifier un phénomène qui échappe à la catégorisation.

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE

Historiquement, si la notion de bisexualité s'est d'abord appuyée sur des concepts anatomiques référant au sexe notamment dans les travaux de Freud, elle englobera progressivement la notion de genre référant davantage à une forme d'androgynie liée aux rôles sexuels masculin et féminin. Aujourd'hui, la notion de bisexualité est dissociée de l'hermaphrodisme et se définit comme une orientation sexuelle distincte des orientations hétérosexuelle et homosexuelle.

Dans la présente section, nous abordons l'orientation sexuelle bisexuelle comme concept lié à celui d'identité sexuelle. Nous présentons les éléments sociohistoriques et théoriques ayant contribué à une remise en question du modèle pathologique de l'homosexualité et à l'identification des différentes dimensions de l'orientation sexuelle. Finalement, nous présentons l'évolution des questions de recherche sur l'orientation sexuelle, les données empiriques sur les liens entre l'orientation sexuelle et la santé mentale ainsi que le cadre théorique utilisé dans la présente étude.

1.1 Différenciation des concepts liés à l'identité sexuelle

Dans la foulée d'une différenciation croissante des concepts, les psychologues Shively et De Cecco (1977) proposent un modèle selon lequel l'orientation sexuelle réfère à une dimension du concept plus général d'identité sexuelle, à côté du sexe biologique, de l'identité de genre et du rôle sexuel (voir figure 1.1). La présente étude s'inscrit à priori dans ce cadre conceptuel.

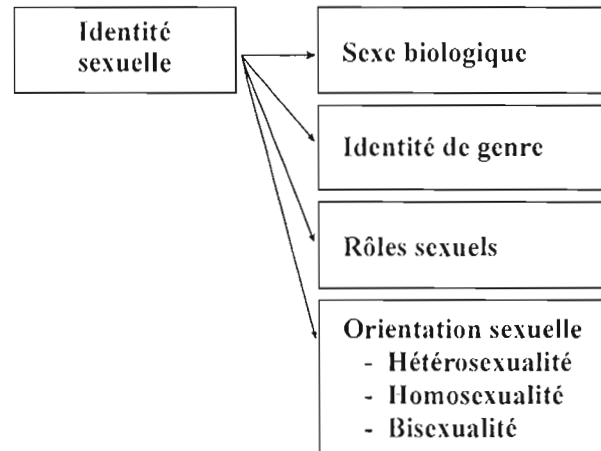


Figure 1.1 : Modèle de l'identité sexuelle selon Shively et De Cecco (1977)

Selon Shively et De Cecco, le sexe biologique d'une personne réfère à l'assignation « fille » ou « garçon » à l'enfant à sa naissance par le médecin, en fonction de ses caractéristiques anatomiques évidentes. Dans certains cas ambigus, d'autres critères sont utilisés tels que la configuration chromosomique (XX vs XY), les gonades (ovaires et testicules), les structures reproductives internes, etc.

Il faut mentionner ici la recension des études empiriques sur les personnes intersexuées, menée par la biologiste radicale et historienne des sciences Anne Fausto-Sterling qui, dans son livre *Sexing the body* (2000), a décrit la variabilité de la distribution des caractéristiques biologiques primaires et secondaires des êtres humains. Dans son analyse historique de la construction sociale des catégories mâle/femelle par le travail des scientifiques du 20^e siècle en endocrinologie et en neuropsychologie, Fausto-Sterling remet en question de façon percutante la croyance en une division de l'humanité en deux catégories distinctes (Fausto-Sterling, 2000).

L'identité de genre est la première composante psychologique de l'identité sexuelle à se développer, selon Shively et De Cecco. Green (1974) définit cette

composante comme « la conviction de base de l'individu d'être un homme ou une femme » (traduction libre, p.xv). Cette conviction n'est pas nécessairement et entièrement contingente au sexe biologique de l'individu. À cet égard, le terme transgenre réfère aux comportements, à l'apparence ou à l'identité d'une personne qui transcendent ou qui ne se conforment pas aux normes culturellement définies pour les personnes de leur sexe biologique (traduction libre) (*American Psychological Association*, 2008). Quant au terme transsexualisme, il réfère au « désir de vivre et d'être accepté comme un membre du sexe opposé, généralement accompagné d'un sentiment d'inconfort face à son sexe biologique et d'un désir d'avoir recours à la chirurgie ou au traitement hormonal pour rendre leur corps aussi conforme que possible à celui du sexe préféré » (traduction libre) (World Health Organization, 1992, p. 365). D'autres personnes qui s'identifient comme transsexuel utilisent le terme de façon plus générale en référant à toute personne qui vit socialement comme une personne du sexe opposé sans égard aux interventions chirurgicales subies ou désirées (traduction libre) (*American Psychological Association*, 2008).

Toujours selon le modèle de Shively et De Cecco, le rôle sexuel est une deuxième composante psychologique de l'identité sexuelle. Le rôle sexuel réfère aux comportements, traits, préférences et caractéristiques culturellement associés aux garçons et filles, hommes et femmes. Ces caractéristiques sont perçues comme stéréotypées masculines ou féminines. Les normes culturelles dictent les comportements, traits, etc., attendus en fonction du sexe biologique et toutes déviations par rapport à ces stéréotypes sont socialement sanctionnées à divers degrés. La féminité et la masculinité ont longtemps été considérées comme des catégories mutuellement exclusives tant dans le domaine de la psychologie que dans la société en général. Cette catégorisation s'est appuyée (et s'appuie encore) sur deux croyances : 1) il existe des différences biologiques non ambiguës entre les hommes et les femmes (anatomiques, hormonales, neurologiques); 2) de telles différences sont aussi présentes au niveau psychologique (Freimuth et Hornstein, 2000). Plusieurs

auteurs ont souligné qu'une telle conceptualisation catégorique du genre exclut la variabilité des personnes qui présentent à la fois des caractéristiques masculines et féminines.

De même, en s'appuyant sur cette dichotomisation au plan psychologique, les travaux de Bem (1974, 1976) ont permis de décloisonner les concepts de masculinité et de féminité en les considérant plutôt comme des dimensions indépendantes placées sur un continuum (figure 1.2). Bem nomme les personnes qui présentent de hauts niveaux de traits masculins et féminins comme étant androgynes alors que Spence, Helmreich et Stapp (1975) nomment les personnes présentant à la fois des niveaux faibles de féminité et de masculinité comme « indifférenciées » dans leur rôle sexuel. Ces avancées ont permis de mettre en lumière l'étendue de la variabilité des traits androgynes endossés par les individus, défiant ainsi les postulats catégoriques.

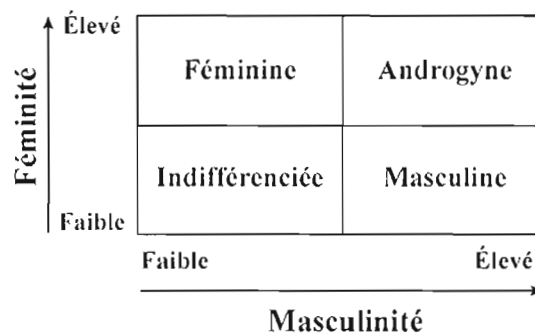


Figure 1.2 : Modèle bidimensionnel – orthogonal des rôles sexuels (Bem, 1974, 1976)

Toujours selon le modèle de Shively et De Cecco, l'orientation sexuelle est la troisième composante psychologique de l'identité sexuelle à se développer et celle sur laquelle notre étude repose. Il importe ici de souligner qu'en dépit des données empiriques sur la variabilité des sexes et des genres, les recherches actuelles sur

l'orientation sexuelle s'appuient toujours sur la convention sociale d'une nette distinction des catégories hommes/femmes sans laquelle devient caduc le concept même d'orientation sexuelle. Notre étude, comme la majorité des études sur la santé, utilise une méthodologie quantitative impliquant des catégorisations faisant fi d'une part de la variabilité des sexes et des orientations sexuelles. Mais auparavant, voyons comment, historiquement, la considération de l'homosexualité et de l'hétérosexualité comme des catégories mutuellement exclusives sous-tendait une opposition normal/pathologique.

1.2 Remise en question du modèle pathologique de l'homosexualité

Tel que le souligne Foucault (1976), dans la plus grande partie du 20^e siècle, le modèle pathologique de l'homosexualité a polarisé la sexualité en opposant une hétérosexualité normale à une homosexualité anormale. Dans *L'histoire de la sexualité, La Volonté de savoir* (1976), Foucault montre comment la médecine a inventé toute une pathologie issue des pratiques sexuelles. Il explique que, dans leur travail de classification des perversions, les psychiatres de la fin du 19^e siècle ont créé la catégorie d'homosexualité placée dans la liste des perversions (Borrillo et Colas, 2005). Foucault soutient que la psychiatrie a fait de la personne homosexuelle un « personnage », doté « d'un passé, une histoire et une enfance, un caractère, une forme de vie, une morphologie aussi, avec une anatomie indiscreète et peut-être une physiologie mystérieuse » (p.59). Selon Foucault, l'homosexualité est devenue une catégorie psychologique, psychiatrique et médicale lorsqu'elle a été caractérisée; l'homosexualité ne constituait pas tant une forme de relation, de conduites sexuelles qu'une certaine « qualité de la sensibilité sexuelle, une certaine manière d'intervenir en soi même le masculin et le féminin » (p.59). C'est de cette façon que l'homosexuel est devenu selon lui « une espèce » classée au rang des pervers.

La conceptualisation de l'homosexualité et de l'hétérosexualité comme des catégories nettement distinctes a longtemps nié l'existence propre de la bisexualité (figure 1.3). Selon cette approche, les sentiments érotiques d'un individu pour les deux sexes témoignent d'un conflit interne, d'un déni d'une « vraie » orientation homosexuelle ou d'une période de transition vers celle-ci (Zinik, 1985, 2000). Malgré les avancées scientifiques qui ont clairement remis en question ce modèle, des recherches empiriques récentes se sont basées sur ces prémisses et ont considéré les personnes homosexuelles et bisexuelles comme appartenant à un groupe unique, confondant ainsi les données propres à chacun des groupes.

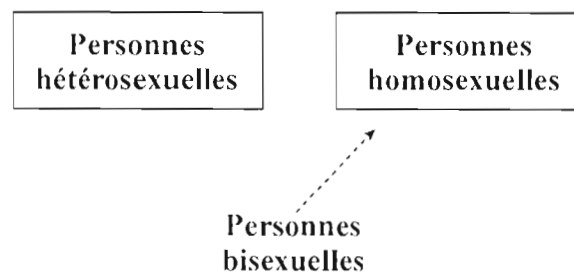


Figure 1.3 : Modèle dichotomique de l'orientation sexuelle

On doit aux recherches du zoologiste américain Alfred Kinsey sur les comportements sexuels des hommes (Kinsey, Pomeroy, et Martin, 1948) et des femmes (Kinsey, Pomeroy, Martin, et Gebhard, 1953) un tournant majeur dans la conceptualisation de l'orientation sexuelle. Barrilo et Colas (2005) comparent les bouleversements provoqués à l'égard des conceptions de la sexualité humaine suscités par Kinsey et ses collaborateurs à ceux engendrés par la théorie de l'évolution des espèces de Darwin, et par la théorie de l'inconscient chez Freud. Kinsey et son équipe ont collecté des récits auprès de centaines de personnes issues des différentes classes sociales. Ils se sont intéressés à l'homosexualité en considérant au même plan les pratiques marginales des personnes homosexuelles considérées à

Les résultats de Kinsey et ses collègues (1948, 1953) montrent également qu'il est possible pour un individu de vivre un type de relation au cours d'une période de sa vie et de vivre un autre type de relation durant une autre période, ou encore d'être impliqué dans des activités sexuelles à la fois hétérosexuelles et homosexuelles au cours d'une même période. En somme, ces recherches montrent que les personnes hétérosexuelles et homosexuelles ne forment pas des populations discrètes et qu'une fluctuation considérable des patrons d'attirances et de comportements est possible au cours de la vie d'un individu. En montrant la diversité des comportements sexuels, incluant de fortes prévalences de rapports sexuels entre personnes de même sexe, dans la population, les travaux de Kinsey ont permis de remettre en question : 1) la validité du modèle dichotomique pour décrire l'expérience sexuelle humaine (Fox, 1996) en montrant que la nature observée ne peut être enfermée dans les catégories que nous avons inventées; 2) la validité des modèles pathologiques de l'homosexualité marquant ainsi un point de rupture avec les travaux des médecins et psychiatres du 19^e siècle.

1.3 Différenciation des dimensions de l'orientation sexuelle

Bien que l'échelle unidimensionnelle bipolaire élaborée par Kinsey ait été largement utilisée dans les recherches sur la sexualité durant les 60 dernières années et le demeure encore, plusieurs auteurs ont critiqué ce modèle pour la relation inverse ou réciproque entre l'homosexualité et l'hétérosexualité qu'elle suppose : le modèle propose en effet que plus un individu est homosexuel, moins il est hétérosexuel et inversement (Sanders, Reinisch, et McWhirter, 1990). En réponse à cette limite, le modèle de Storms (1980) (figure 1.5), propose que l'homoérotisme et l'hétéroérotisme soient considérés comme deux dimensions érotiques orthogonales plutôt que deux opposés interdépendants d'une dimension unique.

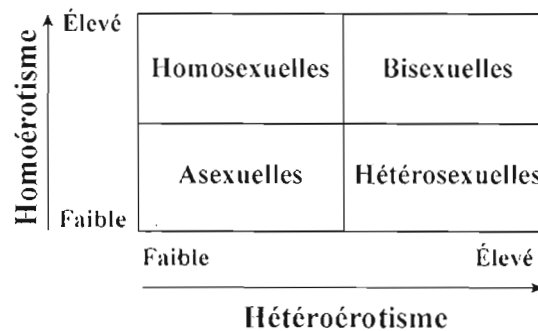


Figure 1.5 : Modèle bidimensionnel – orthogonal de l’orientation sexuelle (Storms, 1978, 1980)

Dans ce modèle, l’orientation sexuelle d’une personne se situerait dans l’espace bidimensionnel à l’intersection des axes représentant l’homoérotisme et l’hétéroérotisme. Les personnes « hétérosexuelles » présenteraient un niveau élevé d’hétéroérotisme et une absence d’homoérotisme, les personnes « homosexuelles » présenteraient quant à elles un niveau élevé d’homoérotisme et une absence d’hétéroérotisme, les personnes dites bisexuelles se situeraient à un niveau élevé sur les deux dimensions alors que les personnes asexuelles, au contraire, se situeraient à de faibles niveaux sur ces deux dimensions. Contrairement à l’échelle de Kinsey, le modèle de Storms permet, d’une part, de considérer la bisexualité comme une orientation sexuelle impliquant des niveaux élevés d’attirances pour les deux sexes plutôt qu’un compromis entre l’homosexualité et l’hétérosexualité et, d’autre part, de distinguer les personnes « bisexuelles » des personnes asexuelles. Les mesures de l’orientation sexuelle utilisées dans la présente étude sont en continuité avec la conceptualisation dimensionnelle de l’orientation sexuelle.

Suite aux avancées conceptuelles de Storms, les chercheurs ont commencé à considérer des critères de classification distincts des conduites sexuelles. Notamment en réponse aux limites de l’échelle de Kinsey considérant les pratiques sexuelles, les attirances et les fantasmes indistinctement sous une même dimension, Klein et ses

collègues ont conçu une grille permettant d'évaluer ces dimensions de manière orthogonale. Cette grille inclue les attirances sexuelles, les comportements sexuels, les fantasmes sexuelles, les préférences émotionnelles, les préférences sociales, l'auto-identification et le style de vie homosexuel-hétérosexuel, comme des dimensions contribuant de manière unique et complémentaire à la sexualité humaine. La grille de l'orientation sexuelle de Klein – *The Klein Sexual Orientation Grid* – (Klein, 1993) évalue chacune de ces composantes sur une dimension temporelle à trois niveaux (présent, passé, idéal) permettant ainsi de concevoir l'orientation sexuelle comme une réalité dynamique, susceptible de changer à travers le temps (figure 1.6).

Variables	Passé	Présent	Idéal
A. Attirances sexuelles			
B. Comportements sexuels			
C. Fantasmes sexuelles			
D. Préférences émotionnelles			
E. Préférences sociales			
F. Auto-identification			
G. Style de vie hétéro / homo			

Figure 1.6 La grille de l'orientation sexuelle de Klein – *The Klein Sexual Orientation Grid* – (Klein, 1993)

Klein a élaboré une typologie selon laquelle : a) la *bisexualité transitoire* réfère aux individus en passage d'une orientation hétérosexuelle à une orientation homosexuelle et inversement; b) la *bisexualité séquentielle* concerne les individus qui ont des relations avec des individus des deux sexes, mais avec un seul à la fois pour

une période donnée; c) la *bisexualité historique* reconnaît des individus qui vivent actuellement une relation homosexuelle (ou hétérosexuelle) mais qui, dans le passé, ont eu des attirances ou des comportements hétérosexuels (ou homosexuels); d) la *bisexualité concurrente* réfère aux individus qui ont des partenaires des deux sexes durant la même période de temps.

Si nous présentons la typologie de Klein à titre d'exemple, notons que d'autres auteurs ont aussi élaboré des catégories/typologies pour rendre compte de la diversité des patrons comportementaux et identitaires chez les personnes bisexuelles (p. ex., Taywaditep et Stokes, 1998; Blumstein et Schwartz, 1976, 2000; Weinberg, Williams, et Pryor, 1994; Stokes, Miller et Mundhenk, 1998, Mendès-Leite *et al.*, 1996). Dans la présente étude, nous avons plutôt choisi de décrire notre échantillon en fonction des différentes dimensions de l'orientation sexuelle et en fonction de la concordance entre ces dimensions.

Malgré les efforts de modélisation de l'orientation sexuelle, la définition du concept ne fait toujours pas consensus. La plupart des chercheurs reconnaissent néanmoins que l'orientation sexuelle réfère à un ensemble multidimensionnel d'identités, de comportements et d'attirances. Le choix plus fréquent de ces dimensions dans les études, et plus particulièrement des dimensions comportementale et identitaire, s'appuie probablement sur leur facilité d'opérationnalisation contrairement aux concepts de fantasmes sexuelles, de préférences émotionnelles, de préférences sociales et de style de vie. Pour cette raison, dans la présente thèse, nous avons donc privilégié l'auto-identification, les comportements sexuels, les attirances sexuelles et les sentiments amoureux comme mesures de l'orientation sexuelle.

L'auto-identification sexuelle réfère à la reconnaissance de soi (l'auto-identification) en tant que gai, lesbienne, bisexuel-le ou autres identités en lien avec la sexualité (Cass, 1990). Selon Rust (2007), l'auto-identité représente le lieu du soi

dans un environnement social. Dans les recherches actuelles, le terme minorités sexuelles est souvent utilisé pour désigner des individus qui s'identifient comme lesbienne, gai, bisexuel, bispirituel, transsexuel, transgenre, intersexuel, queer (LGBTTIQ) ou en termes non conformistes ou qui ont des relations sexuelles avec des personnes de même sexe sans déclarer une identité spécifique (Équipe Sexualités et Genres, Vulnérabilité et Résilience : www.svr.uqam.ca).

Les comportements sexuels réfèrent quant à eux à toutes activités volontaires et mutuelles avec une autre personne impliquant un contact génital et une excitation sexuelle, même si la pénétration ou l'orgasme n'ont pas lieu (Laumann, Gagnon, Michael et Michaels, 1994, p.67).

L'attirance sexuelle, quant à elle, réfère aux fantasmes, désirs et émotions romantiques envers une personne (Savin-Williams et Diamond, 1999). Savin-William (2006) définit les attirances sexuelles comme des attirances envers un sexe ou le désir d'avoir des relations sexuelles ou d'être en relation amoureuse avec l'un ou les deux sexes. Dans la grille d'évaluation qu'ils proposent, Klein, Sepekoff et Wolf (1985) incluent les préférences émotionnelles qu'ils définissent comme le fait d'aimer ou d'être en amour avec un sexe et/ou l'autre.

À titre exploratoire, nous avons aussi utilisé la dimension des sentiments amoureux laquelle peut référer à la dimension des préférences émotionnelles utilisée dans la grille de Klein. Klein et ses collègues (1993) ne donnent aucune définition opérationnelle des préférences émotionnelles. Dans la présente thèse, nous avons privilégié le terme sentiments amoureux parce qu'il s'avérait selon nous plus facilement compréhensible pour les répondants que l'expression préférence émotionnelle.

La plupart des études sur les minorités sexuelles utilisent une seule dimension pour évaluer l'orientation sexuelle. Par exemple, dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada a recueilli des renseignements sur l'orientation sexuelle, pour la première fois en 2003 et ensuite en 2005, en utilisant la déclaration de l'identification comme mesure de l'orientation sexuelle. La question utilisée pour évaluer l'orientation sexuelle était la suivante : « Vous considérez-vous homosexuel(le) (relations sexuelles avec les personnes du sexe opposé), homosexuel(le), c'est-à-dire lesbienne ou gai (relations sexuelles avec les personnes du même sexe) ou bisexuel(le) (relations sexuelles avec les personnes des deux sexes)? » Cette question a été lue à tous les participants de l'enquête de 18 ans et plus en 2003 et à tous ceux de 18 à 59 ans en 2005. Les données de 2005 montrent qu'environ 1,9 % des adultes de 18 à 59 ans de la population canadienne se sont déclarés gais, lesbiennes ou bisexuels (2,1 % d'hommes et 1,7 % de femmes) avec la répartition suivante : chez les hommes, 1,4 % se sont déclarés gais et 0,7 % se sont déclarés bisexuels alors que chez les femmes, 0,8 % se sont déclarées lesbiennes et 0,9 % se sont déclarées bisexuelles. Selon les résultats de 2003, c'est au Québec que l'on rencontrait la plus grande proportion de personnes qui déclarent ces identités avec une proportion de 2,3 des répondants qui se déclaraient homosexuels ou bisexuels. La répartition des résultats de 2005 selon les provinces n'est pas disponible.

Pour sa part, l'Enquête sociale et de santé 1998 (Clermont et Lacouture, 2000) menée au Québec a utilisé la dimension des comportements sexuels déclarés en posant la question suivante aux personnes de plus de 15 ans et plus rapportant avoir déjà eu des relations sexuelles : « Lorsque vous avez des relations sexuelles, est-ce? : 1) toujours avec une personne de l'autre sexe? 2) toujours avec une personne du même sexe », 3) plus souvent avec une personne de l'autre sexe? 4) plus souvent avec une personne du même sexe ? 5) aussi souvent avec une personne de l'un ou l'autre sexe? » À partir de cette question, trois catégories ont été construites : 1) celle

regroupant les personnes dont les partenaires sexuels sont toujours du sexe opposé, définies comme hétérosexuelles, 2) celle regroupant les personnes dont les relations sexuelles sont toujours avec des personnes du même sexe, définies comme homosexuelles et 3) le reste des répondants sont définis comme bisexuels. Selon cette catégorisation, 97 % des répondants déclarent avoir des comportements sexuels exclusivement avec des personnes de l'autre sexe, 1,5 % des répondants déclarent avoir des comportements sexuels exclusivement avec des personnes du même sexe et 1,3 % avec des personnes des deux sexes. Plus précisément, chez les hommes, 1,8 % déclarent avoir des comportements sexuels exclusivement avec des personnes de même sexe et 1,3 % déclarent des comportements sexuels avec des personnes des deux sexes alors que chez les femmes, 1,2 % déclarent avoir des comportements sexuels exclusivement avec des personnes du même sexe et la même proportion déclarent des comportements sexuels avec des personnes des deux sexes.

Par ailleurs, une recension des études nord-américaines utilisant un échantillon probabiliste sur la santé des personnes gaies, lesbiennes menée par Julien et Chartrand (2005) montre que 39 % des enquêtes recensées entre 1972 et 2003 utilisent l'auto-identification comme mesure de l'orientation sexuelle, 70 % les comportements sexuels et 17 % les attirances sexuelles. À notre connaissance, aucune étude sur la santé mentale n'a utilisé la dimension amoureuse comme mesure de l'orientation sexuelle.

1.3.1 Concordance entre les dimensions de l'orientation sexuelle

Les études ayant utilisé plus d'une dimension pour mesurer l'orientation sexuelle (p. ex. Amestoy, 2001; Laumann, *et al.*, 1994; Midanik, Drabble, Trocki et Sell, 2007) montrent que les prévalences de minorités sexuelles varient en fonction des dimensions utilisées pour les évaluer, ce qui suggère que les mesures ciblent des groupes de personnes partiellement exclusifs. Ainsi, une proportion importante des

personnes qui déclarent avoir des comportements sexuels avec des personnes du même sexe ne s'identifient pas comme « gaies » ou « lesbiennes », de même qu'une proportion importante des individus qui rapportent avoir des comportements sexuels avec les deux sexes ne s'identifient pas comme « bisexuels ».

Dans leur étude, Laumann et ses collègues (1994) ont regroupé les répondants qui ont déclaré une auto-identification homosexuelle et bisexuelle, et ceux déclarant des attirances sexuelles et des comportements sexuels exclusivement pour des personnes du même sexe ou pour des personnes des deux sexes. Leurs résultats montrent que, dans l'échantillon de personnes rapportant des attirances sexuelles pour le même sexe, ou des comportements sexuels avec le même sexe ou encore une identité homosexuelle, bisexuelle ou l'équivalent, seulement 24 % des hommes et 15 % des femmes endossaient les trois dimensions à la fois. Leurs résultats montrent également que 44 % des hommes et 59 % des femmes de cette étude endossaient exclusivement la dimension des attirances sexuelles alors que 22 % des hommes et 13 % des femmes endossaient exclusivement la dimension des comportements sexuels. Aucune femme et seulement 2 % des hommes endossaient uniquement la dimension identitaire. De plus, les résultats de cette étude montrent que les proportions de répondants déclarant des comportements sexuels exclusivement avec des partenaires de même sexe ou avec des partenaires des deux sexes augmentent en fonction de la période de temps ciblée par la question (ex. comportements déclarés au cours de la dernière année, au cours des cinq dernières années ou depuis l'âge de 18 ans).

Dans une étude plus récente, Midanik et ses collègues (2007) ont utilisé à la fois des mesures identitaire et comportementale pour évaluer le lien entre l'orientation sexuelle et la consommation d'alcool en se basant sur un échantillon représentatif. Leurs résultats montrent notamment que, parmi les femmes qui s'auto-identifiaient comme bisexuelles, 32 % rapportaient avoir eu des comportements

sexuels seulement avec des hommes au cours des 5 dernières années, 8 % seulement avec des femmes exclusivement et 48 % avec des personnes des deux sexes. Chez les hommes, 33 % déclaraient des comportements sexuels seulement avec des femmes, 7,4 % seulement avec des hommes et 51,8 % avec des hommes et des femmes. Les auteurs de cette étude rapportent que les femmes de leur échantillon ont été plus nombreuses que les hommes à refuser de répondre aux questions portant sur leur identité ou leurs comportements sexuels. Ces études montrent donc de faibles proportions de concordance entre les dimensions de l'orientation sexuelle et soulève la question du choix des mesures dans les études portant sur les minorités sexuelles.

1.3.2 Choix des dimensions comme mesures de l'orientation sexuelle

Le choix des dimensions utilisées dans l'évaluation de l'orientation sexuelle varie en fonction des enjeux sociaux, moraux et politiques et des questions de recherche associées (Michaels et Lhomond, 2006). Par exemple, à la fin des années 1980, les préoccupations liées à la transmission du VIH ont motivé l'utilisation de la dimension comportementale comme mesure de l'orientation sexuelle. Dans d'autres cas, l'auto-identification sexuelle a été considérée comme étant étroitement liée aux comportements sexuels (D'Emilio et Freedman, 1988) et a donc été utilisée pour déterminer l'orientation sexuelle des participants. Plus récemment, l'auto-identification tend à être utilisée dans les études visant à déterminer plus spécifiquement les expériences de discrimination puisque l'auto-identification marque la saillance dans l'espace public d'une identité sexuelle minoritaire (Cochran et Mays, 2007, 2009). Quant aux attirances sexuelles, cette dimension tend à être davantage utilisée dans les études auprès des jeunes populations ayant une plus faible probabilité d'expérience sexuelle comportementale (p. ex., Bos, Sandford, de Bruyn, Hakvoort et Esther 2008).

Pour la présente étude, nous empruntons au modèle de Klein les dimensions de l'auto-identification, des comportements sexuels et des attirances sexuelles, dimensions les plus utilisées dans les études empiriques pour évaluer l'orientation sexuelle. À titre exploratoire, nous utilisons également la dimension des préférences émotionnelles, aussi utilisée dans la grille de Klein mais que nous avons renommée sentiments amoureux. La figure 1.7 montre les différentes dimensions de l'orientation sexuelle à l'intérieur du concept plus général de l'identité sexuelle.

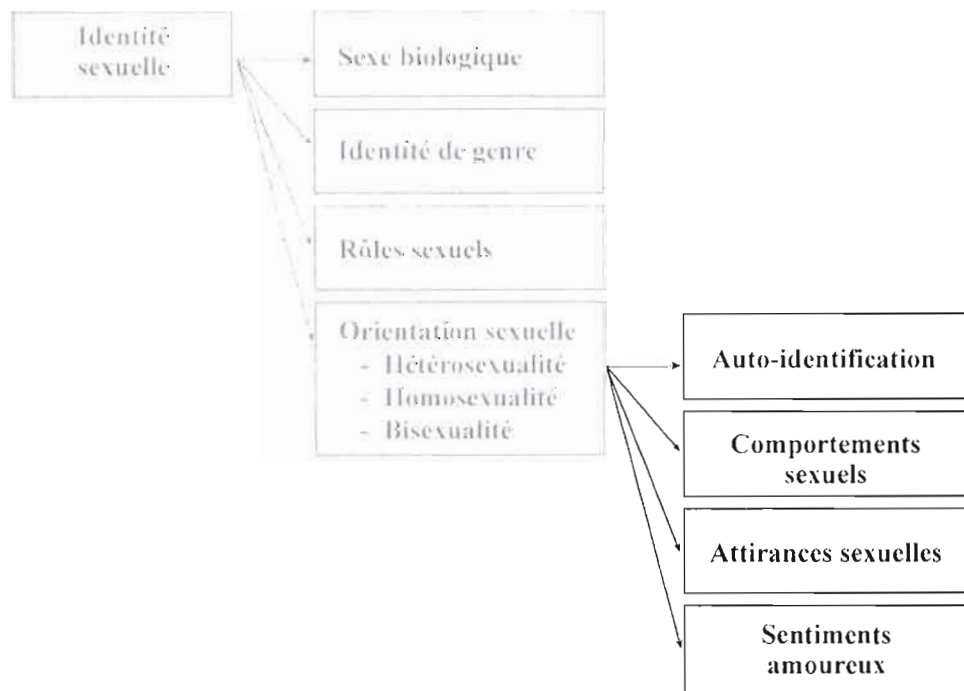


Figure 1.7 : Dimensions de l'orientation sexuelle utilisées dans la présente étude

1.3.3 Premier et deuxième objectifs de la présente étude

Les deux premiers objectifs de notre étude visent à :

- 1) Décrire un échantillon de personnes en fonction des différentes dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle et du sexe
- 2) Décrire un échantillon de personnes en fonction de la concordance entre ces dimensions.

Il faut souligner que les transformations théoriques du concept de l'orientation sexuelle qui ont mené à l'identification de ses différentes dimensions et à la remise en question du modèle pathologique de l'homosexualité se sont opérées sous les pressions des mouvements sociaux de libération sexuelle de l'après-guerre en Amérique du Nord comme en Europe. Avant de revenir à notre question de recherche et afin de contextualiser notre approche dans l'histoire des recherches, nous empruntons le détour d'un bref aperçu historique de ces mouvements militants qui ont été alimentés en retour par les nouvelles conceptualisations théoriques de l'orientation sexuelle. Cette brève mise en contexte permettra de mieux illustrer comment s'est redéfinie la compréhension des rapports entre orientation sexuelle et santé mentale.

1.4 Mouvements de libération sexuelle

1.4.1 Mouvement gai

Dans la foulée des travaux scientifiques de Kinsey et ses collaborateurs est né un mouvement social important de luttes pour les droits civils des personnes homosexuelles et bisexuelles. Selon Borrillo et Colas (2005), le mouvement gai américain s'est approprié les résultats des enquêtes de Kinsey pour faire avancer ses revendications politiques d'égalité des droits pour les personnes homosexuelles.

Tout comme en Europe, l'historien George Chauncey (2002) explique qu'aux États-Unis, dans les années 1930, 1940 et 1950, les personnes homosexuelles, et plus particulièrement les hommes, ont été confrontées à une imposante répression policière visant l'exclusion des personnes homosexuelles et de l'homosexualité de la sphère publique. Cette répression a contribué au développement d'un « monde gai » comme un « double monde » existant à la fois en parallèle du monde hétérosexuel, mais aussi au sein de celui-ci. Cette sphère publique alternative est décrite par l'historien comme un monde ayant ses propres codes langagiers et vestimentaires, ses propres goûts musicaux et ses propres normes morales et où les personnes homosexuelles pouvaient vivre leur « double vie ». Dans la foulée des événements de *Stonewall*¹ considérés comme un tournant important du mouvement de libération gai aux États-Unis, Chauncey (2002) explique comment, à partir des années 60, s'est radicalement imposé pour les gais, le besoin de se révéler au monde hétérosexuel. La « sortie du placard », comme si l'homosexualité constituait un squelette (d'où l'origine de l'expression), constituait désormais un impératif. Les activistes des années 1960 encourageraient les personnes homosexuelles à « projeter dans chaque rencontre la même personnalité authentique et qu'elle soit définie de façon centrale par la sexualité » (Chauncey, 2002). C'est probablement dans cette même perspective activiste que Foucault explique dans un entretien au journal *Gai Pied* en 1981, « qu'il faut s'acharner à être gay, se placer dans une dimension où les choix sexuels que l'on fait sont présents et ont leurs effets sur l'ensemble de notre vie. Je voulais dire aussi que ces choix sexuels doivent être en même temps créateur de mode de vie. Être gay

¹ Les événements de *Stonewall* réfèrent aux émeutes de la nuit du 27 au 28 juin 1969 affrontant les forces policières aux clients homosexuels et transgenres du *Stonewall Inn*, un bar gai de New York situé sur la rue Christopher Street au cœur du Greenwich village. Plutôt que de rentrer chez eux, les habitué(e)s du bar se rassemblèrent et affrontèrent la police en chantant « We are the Stonewall's girls ». Le lendemain, les affrontements recommencèrent, mais cette fois-ci aux cris de « Gay power » et « Christopher Street, aux pédés » (Chauncey, 2002). *Stonewall*, aussi célébré sous le nom de *Christopher Street Day*, est souvent considéré comme le tournant du mouvement pour l'égalité des droits pour les personnes homosexuelles.

[...] c'est faire du choix sexuel l'opérateur d'un changement d'existence » (Eribon, 2003 p. 200).

Si le mouvement de libération identitaire semble bien propre aux homosexuels, Chauncey (2002) soutient qu'il s'inscrit plutôt dans une transformation sociale générale des sphères publique et privée au cours des années 1960. La montée populaire de l'existentialisme en réaction aux attentes déçues face aux promesses de la modernité de l'après-guerre a contribué à la redéfinition du « soi privé » et du « soi public » dans un désir d'exprimer un « moi authentique total et en toute circonstance » (Chauncey, 2002, p.57). Chauncey souligne comment cette vision holistique de l'identité est en rupture avec les pratiques de la « double vie » chez les personnes homosexuelles des années 1950. Souvent fort habiles dans la gestion des identités multiples qui combinent hétérosexualité et homosexualité, ces personnes se sont retrouvées bouleversées par de nouvelles contraintes sociales à faire du soi privé un soi public.

L'historien et sociologue Steve Angelides (2001) rapporte que le militantisme homosexuel et la fierté gaie ne constituaient pas uniquement une protestation contre la pathologisation de l'homosexualité, mais aussi une part du processus de « déconditionnement » de cette haine de soi intériorisée issue des sanctions sociales découlant des définitions psychomédicales de l'homosexualité. À cet égard, l'auteur soutient que la libération gaie constituait à la fois un processus individuel et social à travers lequel cette haine de soi-même devait être extirpée par la reconnaissance de l'expérience collective de l'oppression envers les homosexuels et par la redéfinition et la revalorisation de l'identité gaie. Dans la foulée des critiques du discours psychomédical par les tenants du mouvement antipsychiatrique, l'homosexualité n'était plus conceptualisée comme une difficulté psychologique qui produit l'homosexualité, mais plutôt comme la pathologie d'un système capitaliste qui produit un ensemble de problèmes sociaux.

Parallèlement au processus de dépathologisation des sexualités, l'anthropologue sociale Catherine Deschamps, dans son livre *Le miroir bisexuel* (2002), évoque le passage d'une sexualité pensée dans le « faire » à une sexualité pensée dans « l'être ». S'appuyant sur l'historien français Philippe Ariès (1982), elle souligne que, ce ne sont plus les médecins ni les clercs qui font maintenant de l'homosexualité une catégorie à part mais bien les homosexuels eux-mêmes qui revendiquent leur différence. De la même manière que l'historien américain Chauncey (2002), Deschamps souligne que si au début du 19^e siècle l'orientation sexuelle d'une personne référait à un ensemble de pratiques, au tournant de la Première Guerre mondiale, la catégorisation s'est progressivement orientée vers un critère d'état impliquant la totalité d'une personne et augmentant ainsi la visibilité de leur orientation sexuelle.

Cette volonté des acteurs sociaux de nommer publiquement son orientation sexuelle observée par les historiens et anthropologues se reflète dans les modèles psychologiques du développement de l'orientation sexuelle homosexuelle élaborés par les chercheurs à partir du milieu des années 70. Dans ces modèles, le coming out était considéré comme une condition *sine qua non* au bien-être psychologique (pour une revue des modèles, voir Eliason et Schope, 2007).

1.4.2 Mouvement bisexuel

Nous présentons ici une brève mise en contexte du mouvement bisexuel en France et aux États-Unis.

Selon la sociologue française Catherine Deschamps (2002), c'est surtout au début des années 1980 qu'ont émergé en France les premières politisations de la bisexualité issues du canevas politique de la libération sexuelle et du féminisme des années 1970. Elle rapporte que dans les années 1970, aux États-Unis, il existe des

associations bisexuelles telles que le *Bisexual Forum* à New York, le *San Francisco Bisexual Center* et le *Bi-Ways* à Chicago. Ces associations, dont la vocation visait davantage la promotion de « l'amour libre » que de la visibilité de la bisexualité, ont eu une courte durée (Rose, Stevens *et al.*, 1996; Tucker *et al.*, 1995). Selon Rust (2000), la bisexualité a d'abord été décrite dans la presse populaire des années 1970 comme une identité et une façon de vivre jugées « chic » mais l'opinion publique s'est radicalement transformée avec l'apparition du VIH. Si le VIH a d'abord été considéré comme une « maladie de gais », le public a été terrifié de constater que les comportements sexuels homosexuels n'étaient pas exclusifs aux personnes dites « homosexuelles ». Ainsi, si les personnes bisexuelles ont d'abord été perçues comme des personnes ayant un mode de vie fascinant, elles ont ensuite été considérées comme des traîtres responsables de la transmission du VIH de la population homosexuelle à la population hétérosexuelle. Le sociologue Michel Dorais (1999) explique que l'épidémie du sida a donc contribué à alimenter les préjugés à l'égard de la bisexualité. Parallèlement, il rapporte que les personnes bisexuelles, bien qu'elles firent partie de la première vague de libération homosexuelle, se sont senties de plus en plus exclues à mesure que le mouvement devenait identitaire. Le rejet des personnes bisexuelles par les communautés gaies et lesbiennes a donc motivé la création d'organisations bisexuelles dans plusieurs grandes villes (Rust, 2000).

Plus particulièrement, Deschamps (2002) explique que les associations bisexuelles occidentales apparaissent en partie sous l'influence de la crise du féminisme lesbien. L'incitation au sein du mouvement lesbien à taire toutes relations sexuelles avec des hommes crée un schisme et des militantes quittent le mouvement en se déclarant bisexuelles. Ces femmes créeront les premières associations politiques bisexuelles. Selon Deschamps (2002), s'il n'y a pas eu pour les personnes bisexuelles d'évènement équivalent à celui de *Stonewall* pour les personnes gaies et lesbiennes, le coming out bisexuel de l'activiste féministe américaine Lani Ka'ahumanu en 1982, initiatrice de ce mouvement, peut être considéré comme un acte fondateur du

mouvement bisexuel contemporain, bien que cet événement soit surtout et presque uniquement reconnu par les militants eux-mêmes. Ka'ahumanu a quitté – ou aurait été incitée à quitter - l'Association lesbienne de San Francisco, dont elle faisait partie, après avoir rendu publique sa relation avec un homme dans un journal homosexuel de la côté Ouest en 1982. Les premières associations bisexuelles « nouvelle génération » sont majoritairement composées de femmes. La plus célèbre, le *Boston Bisexual Women Network* fondée en 1983, demeure l'un des plus grands regroupements bisexuels du monde. Comme en France, c'est au cours des années 1990 que des associations bisexuelles mixtes verront le jour, bien que les femmes demeurent les principales initiatrices de ces regroupements (Mendès-Leite, Deschamps et Proth, 1996).

Aujourd'hui, il existe aux États-Unis plusieurs associations communautaires bisexuelles (p. ex. Bi Net USA). Selon Hutchins, (1996), les associations bisexuelles visent la construction d'un sentiment d'appartenance, la lutte contre la marginalisation, l'information du public sur la bisexualité et la sensibilisation des communautés gaies et lesbiennes à l'égard de leur tendance à nier l'existence de la bisexualité. On assiste aussi actuellement à une augmentation du nombre de publications populaires et scientifiques et de conférences portant sur la bisexualité (Lévy, Médico, Otis, Laroche et Lavoie, 2002).

Au Québec, on a vu également naître en 1998 un groupe communautaire bisexuel – Bi Unité Montréal - dont les principaux objectifs visent à outiller les personnes bisexuelles pour les aider à se définir et à consolider leurs liens avec les communautés bisexuelles, homosexuelles et hétérosexuels, leur permettre de vivre une vie sexuelle, relationnelle, sociale et familiale dans le bien-être et la sécurité ainsi que de travailler en collaboration avec des organismes existants pour prévenir la transmission du VIH/Sida.

1.5 Évolution des questions de recherche sur l'orientation sexuelle et des programmes d'intervention

Bien que les liens entre les revendications des organisations militantes et politiques des personnes de minorités sexuelles et l'évolution des questions conceptuelles et empiriques n'aient jamais été étudiées comme tels, on observe que ces revendications sont contemporaines des changements observés en sciences. Aussi, les différents milieux, notamment le domaine de la recherche scientifique en psychologie, réévaluent leur approche de la question homosexuelle de façon générale. Dans sa revue de la littérature empirique, Morin (1977) montre qu'une importante proportion des questions de recherches nord-américaines menées entre la fin des années 1960 et le milieu des années 1970 portaient essentiellement sur l'évaluation « diagnostique » de l'homosexualité (en vue de son traitement) ou sur son étiologie (ses causes), ou sur l'évaluation de la santé mentale des personnes homosexuelles, le plus souvent des hommes. Comme nous l'avons vu précédemment, ces questions de recherche reflètent la croyance héritée des milieux médicaux selon laquelle l'homosexualité est une maladie, laquelle serait encore plus sérieuse chez les hommes que chez les femmes (Julien et Chartrand, 1997).

Par ailleurs, c'est au cours des années 1970 que s'opèrent dans les questions de recherche sur les personnes de minorités sexuelles en psychologie d'importants changements liés notamment à l'abandon du modèle pathologique de l'homosexualité et au constat empirique des prévalences plus élevées de problèmes de santé mentale chez les personnes de minorités sexuelles. Si les personnes de minorités sexuelles ne sont plus considérées comme des malades mentaux, les recherches en santé mentale montrent qu'elles sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter des problèmes de santé mentale et physique que les personnes hétérosexuelles. D'abord considérées comme des problématiques inhérentes aux personnes de minorités sexuelles, l'homosexualité et la bisexualité soulèvent désormais la question des

facteurs exogènes pouvant expliquer les difficultés vécues par les personnes homosexuelles et bisexuelles et affecter ainsi leur santé psychologique.

Notons que les recherches épidémiologiques portant sur le VIH/Sida au début des années 1990 ont aussi contribué à l'essor des études sur les populations homosexuelles et bisexuelles et ce, sous un angle surtout comportemental. Dans ce contexte, les recherches se sont orientées vers les hommes bisexuels considérés comme des passerelles du VIH entre les hommes homosexuels et les femmes hétérosexuelles. Ces recherches ont souvent confondu dans un même groupe appelé HARSAH (Homme Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes) les hommes ayant des comportements exclusivement homosexuels et ceux ayant des comportements sexuels bisexuels. Plusieurs travaux américains se sont intéressés aux différences entre les hommes bisexuels et homosexuels notamment quant aux comportements sexuels à risque montrant que les hommes bisexuels constituent un groupe plus vulnérable (pour une revue des travaux sur la bisexualité et le VIH, voir le chapitre de Rust, dans Rust (dir.) 2000). Les femmes bisexuelles ont généralement été exclues de ces études. Aujourd'hui, dans le domaine de la recherche en psychologie où les enjeux identitaires occupent une place prépondérante, les études sur la bisexualité tendent peu à peu à se dégager des questions liées à la transmission du VIH.

Parallèlement à ces transformations, se sont opérés des changements de paradigmes relatifs aux programmes d'intervention destinés aux personnes de minorités sexuelles. En ce sens, les différentes associations professionnelles en psychologie et en psychiatrie se sont dotées de codes d'éthique qui rompaient avec l'homophobie et l'hétérosexisme des pratiques antérieures. En 1973, *l'American Psychiatric Association* retirait l'homosexualité de sa liste des désordres mentaux et en 1975, le Conseil des représentants de *l'American Psychological Association* (A.P.A.) votait une résolution statuant que l'« homosexualité en soi n'implique

aucune diminution du jugement, de la stabilité, de la fiabilité ou des habiletés sociales et professionnelles » (traduction libre)² (A.P.A., 1975, p. 633). Plus récemment, la Division 44 de *l'American Psychological Association* (2000) émettait des recommandations pour l'évaluation et l'intervention auprès des clients gais, lesbiennes et bisexuels³ en spécifiant notamment que le psychologue comprend que l'homosexualité et la bisexualité ne constituent pas des indications de maladie mentale (traduction libre)⁴ et que la stigmatisation sociale (p. ex., préjugés, discrimination et violence) représente un risque pour la santé mentale et le bien-être des clients gais, lesbiennes et bisexuels (traduction)⁵. Parmi ses recommandations, l'A.P.A. encourage aussi les psychologues à reconnaître les défis particuliers dont font l'expérience les personnes bisexuelles (traduction libre)⁶. Au Québec, l'Ordre des psychologues du Québec (O.P.Q) et la Société québécoise de recherche en psychologie (S.Q.R.P.) ne possèdent pas de code d'éthique spécifiquement pour l'intervention auprès des personnes de minorités sexuelles ni de politique de discrimination positive à leur égard, mais leur code de déontologie est néanmoins lié à la Charte québécoise des droits et libertés de la personne (Julien et Chartrand, 1997). Cette charte précise notamment, dans l'article 10, que toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur l'orientation sexuelle et qu'il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit (Assemblée nationale du Québec, 1975).

² « Homosexuality per se implies no impairment in judgment, stability, reliability, or general social and vocational capabilities ».

³ « Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients » (2000)

⁴ Guideline 1. Psychologists understand that homosexuality and bisexuality are not indicative of mental illness.

⁵ Guideline 3. Psychologists strive to understand the ways in which social stigmatization (i.e., prejudice, discrimination, and violence) poses risks to the mental health and well-being of lesbian, gay, and bisexual clients.

⁶ Guideline 10. Psychologist are encouraged to recognize the particular challenges that bisexual individuals experience.

Ainsi, à la fin des années 1970, les nouvelles questions de recherches et les nouvelles cibles d'intervention témoignent d'un intérêt définitif pour l'étude du contexte social dans lequel vivent les personnes de minorités sexuelles et plus particulièrement l'étude de la privation de libertés civiles sur la santé mentale et physique (Julien et Chartrand, 1997). En 1972, le psychologue George Weinberg introduit dans son livre *Society and the Healthy Homosexual*, le terme homophobie et, par la même occasion, l'idée selon laquelle l'hostilité envers l'homosexualité, plutôt que l'homosexualité elle-même, affecte la santé mentale. Ce glissement de perspective vers des modèles de santé publique offre un nouveau cadre théorique pour l'interprétation des liens observables entre l'orientation sexuelle et la santé mentale mettant en saillance l'impact de l'environnement sur la santé mentale. Si plusieurs études se sont intéressées à l'impact de l'homophobie sur le bien-être des personnes homosexuelles, l'état actuel des connaissances sur le rôle de la biphobie dans l'étiologie des problèmes de santé mentale chez les personnes bisexuelles demeure encore fragmentaire.

1.5.1 Troisième et quatrième objectifs de la présente étude

Dans la présente étude sur la bisexualité, en considérant à la fois l'orientation sexuelle sous l'angle de l'auto-identification, des comportements sexuels, des attirances sexuelles et des sentiments amoureux, nos troisième et quatrième objectifs visent à identifier respectivement pour chacune des dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle, a) les liens directs entre l'orientation sexuelle et les variables de santé mentale, et b) les facteurs de vulnérabilités et de résilience susceptibles d'affecter la direction ou la force des liens entre l'orientation sexuelle bisexuelle et les variables de santé mentale.

Notre analyse des liens entre l'orientation sexuelle et la santé mentale s'inspire du modèle du stress lié au statut de minorité sexuelle de Meyer (2003). Le modèle inclut des facteurs de vulnérabilité et de résilience individuels et environnementaux (stresseurs proximaux et distaux) comme conditions pouvant affecter la direction ou la force des liens entre l'orientation sexuelle et la santé mentale. La figure 1.8 présente le cadre général d'analyse de la présente étude. Avant de développer davantage le modèle spécifiant les facteurs affectant le lien entre l'orientation sexuelle bisexuelle et la santé mentale, nous présentons d'abord les études qui montrent des liens directs entre l'orientation sexuelle bisexuelle et la santé mentale.

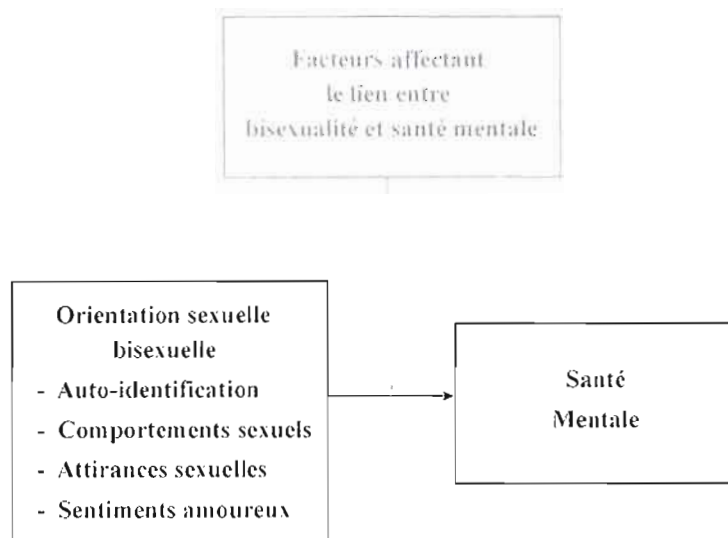


Figure 1.8 Cadre d'analyse de la présente étude

1.6 Données empiriques sur les liens entre l'orientation sexuelle bisexuelle et la santé mentale

L'évaluation de l'orientation sexuelle dans les études de population est relativement récente dans l'histoire de l'épidémiologie des problèmes de santé

mentale (Cohran, 2001). De plus, les études qui s'intéressent aux liens entre l'orientation sexuelle et la santé mentale ont longtemps considéré, et considèrent encore souvent, les personnes homosexuelles et bisexuelles comme un groupe unique. Dans leur revue des études portant sur la bisexualité et la santé mentale menées entre 1994 et 2004 et répertoriées dans des bases de données en psychologie, Dodge et Sandfort (2007) rapportent que, bien qu'il existe une littérature substantielle sur la santé mentale des personnes de minorités sexuelles, peu d'études traitent les personnes bisexuelles et homosexuelles séparément. Dans le même sens, Hughes et Eliason (2002), dans leur recension des études s'intéressant au lien entre la consommation d'alcool et de drogues et la santé mentale des personnes de minorités sexuelles, montrent que les études empiriques sur la consommation d'alcool/drogues menées spécifiquement auprès de la population homosexuelle sont peu nombreuses et demeurent encore plus limitées en ce qui concerne les personnes bisexuelles et transgenres. Les auteurs rapportent que, dans plusieurs études à grande échelle, les données concernant les personnes homosexuelles et bisexuelles ont été combinées (p. ex., McKirnan et Paternson, 1989a, 1989 b), ou encore les données des personnes bisexuelles ont été exclues des analyses (Hughes, Haas, Razzano, Cassidy et Matthews, 2000). Tout en reconnaissant les particularités associées aux groupes majoritaires et minoritaires, ces regroupements négligent la spécificité des sous-populations. Or, la considération des personnes homosexuelles et bisexuelles comme un groupe unique et la multiplicité des dimensions utilisées pour évaluer l'orientation sexuelle rend difficile l'identification des caractéristiques empiriques propres à cette population.

Selon Dodge et Sandfort (2007), le rationnel sous-tendant le regroupement des personnes bisexuelles et homosexuelles dans les études repose essentiellement sur la faible proportion de personnes bisexuelles, entraînant des contraintes de puissance statistique qui rendent les résultats difficilement interprétables. Selon ces mêmes auteurs, la faible proportion de personnes bisexuelles dans les études pourrait être

conséquence des modes de recrutement ciblant des lieux dits homosexuels (p. ex., bars, associations, etc.), des méthodes de classification basées sur les comportements sexuels des six derniers mois ou de la dernière année, et du faible nombre de personnes qui déclarent des comportements sexuels avec des personnes des deux sexes et/ou une auto-identification bisexuelle dans la population générale. Les études utilisant ces regroupements montrent généralement que, comparées aux personnes hétérosexuelles, les personnes homosexuelles et bisexuelles confondues dans un même groupe présentent une plus grande vulnérabilité sur un ensemble de variables liées à la santé mentale incluant les tentatives de suicide, la détresse psychologique, la consommation de substances et les expériences de victimisation (pour une revue, voir Julien et Chartrand, 2005).

Depuis la dernière décennie, plusieurs auteurs reconnaissent les réalités uniques aux personnes bisexuelles et encouragent la distinction des groupes homosexuels et bisexuels dans les analyses (p. ex., Chung et Katayama, 1996 ; Friedman, 1999; Jorm, Korten, Rodgers, Jacomb et Christensen, 2002). Les études distinguant les personnes homosexuelles et bisexuelles et celles portant spécifiquement sur la bisexualité référant aux comportements sexuels et/ou à l'identité déclarée sont croissantes, mais demeurent limitées et leurs résultats sont souvent appelés à être interprétés avec prudence en raison de la petite taille des échantillons de personnes bisexuelles (p. ex., Herek, Gillis et Cogan, 2009). Dans notre propre recension des études sur la santé mentale des personnes de minorités sexuelles effectuant cette distinction, nous avons observé une importante proportion d'études portant sur une population adolescente ou de jeunes adultes, tant dans les études portant sur la consommation d'alcool et de drogues (p. ex., Ford et Jasinski, 2006; Eisenberg et Wechsler, 2003; McCabe, Boyd, Hughes et D'Arcy, 2003; McCabe, Hughes, Bostwick et Boyd, 2005; Robin, Brener, Donahue, Hack, Hale et Goodenow, 2009; Paul et *al.*, 2002) que les études portant sur la santé mentale, incluant plusieurs études sur les idéations et les tentatives de suicide (p. ex.,

Remafedi, French, Story, Resnick et Blum, 1998, Paul et *al.*, 2002, Fergusson, Horwood et Beautrais, 1999; Garofalo, Wolf, Wissow, Woods et Goodman, 1999; D'Augelli, Hershberger et Pilkington ; 2001).

Nous présentons ici les principaux résultats des recherches des dix dernières années répertoriées dans des bases de données en psychologie spécifiques aux personnes bisexuelles adultes ciblées par notre étude. Étant donné notre intérêt pour la mesure de l'orientation sexuelle, nous organisons les résultats en fonction des mesures utilisées définies selon l'auto-identification, les comportements sexuels, les attirances sexuelles ou les sentiments amoureux. Nous documentons d'abord les liens directs entre l'orientation sexuelle et les variables de santé mentale (perception de sa santé mentale et détresse psychologique) incluant la consommation d'alcool/drogues.

Étant donné l'objet de la présente étude sur la bisexualité, et étant donné le grand nombre d'études portant sur l'état de santé mentale des personnes homosexuelles et hétérosexuelles, nous présentons uniquement les résultats des études comparant les personnes bisexuelles aux personnes hétérosexuelles, homosexuelles ou les deux. Nous n'avons pas retenu les études ayant combiné les populations homosexuelles et bisexuelles dans leurs analyses. Aussi, nous ne retiendrons que les résultats ayant trait aux variables de santé mentale incluant la consommation d'alcool et de drogues ciblées dans notre modèle d'analyse. Enfin, parmi les études ayant distingué les populations homosexuelles et bisexuelles nous n'avons retenu que les résultats ayant trait à la bisexualité. Lorsque les données sont disponibles, nous présentons les résultats spécifiques aux hommes et aux femmes.

1.6.1 Consommation d'alcool/drogues

Hughes et Eliason (2002) rapportent que les premières recherches sur la consommation d'alcool et de drogues chez les personnes de minorités sexuelles à la

fin des années 1970 montraient des taux alarmants de consommation chez cette population (p. ex., Fifiield, Latham et Philipps, 1977; Lohrenz, Connely, Coyne et Spare, 1978). Selon eux, les taux de consommation beaucoup moins élevés observés dans les études plus récentes s'expliquent notamment par les failles méthodologiques des études précédentes. Nous présentons ici les résultats des dernières études révélant des données spécifiques aux personnes bisexuelles.

1.6.1.1 Auto-identification

Engler et ses collègues (2005) ont mené une étude exploratoire sur les comportements sexuels et l'auto-identification chez une cohorte d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (N=1377). À partir des mesures comportementale et identitaire, les auteurs ont formé quatre groupes : 1) les participants s'auto-identifiant comme gais et ayant des relations sexuelles avec des hommes exclusivement, 2) ceux s'auto-identifiant comme bisexuels et ayant des comportements sexuels bisexuels, 3) ceux s'auto-identifiant comme bisexuels, mais ayant des comportements sexuels avec des hommes exclusivement et, 4) ceux s'auto-identifiant comme gais, mais ayant des comportements sexuels bisexuels. Les résultats montrent que les hommes de leur échantillon s'identifiant comme bisexuels sont proportionnellement plus nombreux à rapporter s'être injecté des drogues que les hommes s'identifiant comme gais.

Dans leur enquête nationale avec échantillon représentatif (N = 7612) sur la consommation d'alcool chez des adultes aux États-Unis, Midanik et ses collègues (2007) ont utilisé à la fois des mesures identitaire et comportementale pour évaluer l'orientation sexuelle de leurs participants. Avec l'utilisation de l'auto-identification, leurs résultats montrent que, comparées aux femmes lesbiennes et hétérosexuelles, les femmes bisexuelles rapportent consommer des quantités significativement plus élevées d'alcool par année et rapportent un nombre plus élevé de jours durant l'année

où elles ont consommé cinq consommations ou plus. Ces différences ne sont pas observées chez les hommes.

L'étude de Diamant et ses collègues (2000), menée auprès d'un échantillon représentatif de femmes aux États-Unis (N=4697) montre que les femmes bisexuelles sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses que les femmes hétérosexuelles à rapporter consommer de l'alcool fréquemment et en grande quantité. Par ailleurs, les résultats de l'étude de Warner (2004) et ses collègues réalisée auprès d'un échantillon de convenance de personnes s'identifiant comme gaies, lesbiennes ou bisexuelles (N = 1285) ne montrent aucune différence entre les personnes bisexuelles et les personnes gaies/lesbiennes en ce qui concerne leur consommation de drogues.

À partir du *California Quality of Life Survey* (N=2272), Cochran et Mays (2007, 2009) ont examiné les liens entre l'orientation sexuelle et différentes variables liées à la santé physique et mentale en utilisant à la fois les dimensions identitaire et comportementale comme mesure de l'orientation sexuelle. À partir des questions sur l'auto-identification et sur le sexe des partenaires sexuels depuis l'âge de 18 ans, les auteurs ont formé 4 groupes : 1) les participants s'auto-identifiant comme gais ou lesbiennes, 2) ceux s'auto-identifiant comme bisexuels, 3) ceux rapportant avoir déjà eu des comportements sexuels avec des personnes du même sexe, mais s'auto-identifiant comme hétérosexuels et 4) ceux s'auto-identifiant comme hétérosexuels, mais ne déclarant pas avoir eu de partenaire sexuel de même sexe. Leurs résultats montrent que les participants s'identifiant comme bisexuels sont plus nombreux que ceux qui s'identifient comme hétérosexuels (et ne rapportant pas de comportements homosexuels) à rapporter une dépendance à l'alcool.

1.6.1.2. Comportements sexuels

Avec l'utilisation de la dimension comportementale pour évaluer l'orientation sexuelle de leurs participants, l'étude précédemment citée de Midanik et ses collègues

(2007) (N=7612) montre que, comparées aux femmes lesbiennes et hétérosexuelles, les femmes bisexuelles rapportent consommer des quantités significativement plus élevées d'alcool par année et rapportent un nombre plus élevé de jours durant l'année où elles ont consommé cinq consommations ou plus.

Les résultats de l'étude de Burgard, Cochran et Mays (2005) sur la consommation d'alcool et de tabac chez un échantillon probabiliste de femmes de la Californie (N ≈ 12 000) montrent que les femmes bisexuelles, toutes proportions gardées, sont significativement plus nombreuses que les femmes exclusivement hétérosexuelles à rapporter avoir consommé de l'alcool au cours du dernier mois et à s'être enivrées au cours de la dernière année.

Les résultats de l'étude de Cochran et Mays (2007, 2009) citée précédemment montrent que les hommes et les femmes qui ont déjà eu des comportements sexuels avec des personnes du même sexe mais qui s'identifient comme hétérosexuels, montrent des prévalences de dépendance à l'alcool plus élevées que ceux qui s'identifient comme hétérosexuels mais ne rapportant pas d'expérience sexuelle homosexuelle. Chez les hommes seulement, ceux qui rapportent des comportements sexuels homosexuels, mais une identité hétérosexuelle sont aussi plus nombreux à rapporter une dépendance aux drogues que ceux qui s'identifient comme hétérosexuels sans rapporter d'expérience sexuelle homosexuelle.

Au Québec, l'Enquête sociale et de santé 1998 (Clermont et Lacouture, 2000) (N ≈ 20 000), qui a défini l'orientation sexuelle par le sexe des répondants et le sexe déclaré de leurs partenaires sexuels, fut la première étude probabiliste représentative de l'ensemble de la population québécoise à inclure une question sur l'orientation sexuelle des répondants. Les résultats de l'enquête montrent que, les femmes bisexuelles sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses à déclarer s'être

enivrées au cours des 12 derniers mois que les femmes hétérosexuelles (25 % c. 6 %). Les résultats de cette enquête ne montrent pas de telles différences chez les hommes.

1.6.1.3 Attirances sexuelles et sentiments amoureux

À notre connaissance, aucune étude n'a utilisé la dimension des attirances et/ou des sentiments amoureux pour évaluer le lien entre la bisexualité et la consommation d'alcool/drogues chez l'adulte.

1.6.2 Perception de la santé mentale et détresse psychologique

Quelques études ont évalué les prévalences d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide en lien avec l'orientation sexuelle chez l'adulte en distinguant les personnes bisexuelles des personnes homosexuelles sur la base de l'auto-identification ou des comportements sexuels déclarés (p. ex., Paul *et al.*, 2002; Mills *et al.*, 2004). Dans la présente étude, nous avons choisi d'évaluer la détresse psychologique ainsi que la perception de sa santé mentale plutôt que les idéations suicidaires et présentons donc uniquement les résultats des études ayant utilisé ces variables dépendantes.

1.6.2.1 Auto-identification

Au Canada, les données des cycles de 2003 (N = 135 573) et de 2005 (N=132 947) de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes montrent que les hommes bisexuels sont plus de deux fois plus susceptibles que les hommes hétérosexuels de juger leur état de santé mentale passable ou mauvais (Tjepkema, 2008). Chez les femmes bisexuelles, elles sont trois fois plus nombreuses que les femmes hétérosexuelles à considérer leur état de santé mentale passable ou mauvais. Dans l'étude de Warner et ses collègues (2004) citée précédemment, les résultats

montrent que les hommes bisexuels, comparés aux hommes homosexuels, obtiennent des scores plus élevés (plus sévères) sur une mesure de santé mentale. Ils n'ont pas observé de différence entre les femmes bisexuelles et lesbiennes.

Dans leur étude menée en Australie auprès d'un échantillon d'adultes âgés de 20 à 44 ans (N = 4824), Jorm et ses collègues (2002) révèlent que les personnes bisexuelles, toutes proportions gardées, sont plus nombreuses que les personnes hétérosexuelles à présenter des problèmes de santé mentale incluant de la détresse psychologique. Les résultats obtenus par Balsam et ses collègues (2005) à partir d'un échantillon de convenance de personnes s'identifiant comme gaies, lesbiennes, bisexuelles et hétérosexuelles (N = 1254) montrent que les niveaux de détresse psychologique ne sont pas plus élevés chez les personnes bisexuelles que chez les personnes gaies et lesbiennes.

Les résultats de l'étude de Cochran et Mays (2007, 2009) citée précédemment montrent que les femmes s'identifiant comme bisexuelles rapportent des degrés de détresse psychologique significativement plus élevés que celles s'auto-identifiant comme hétérosexuelles et ne rapportant pas de comportements sexuels avec des partenaires de même sexe.

À partir d'un échantillon de convenance de femmes aux États-Unis déclarant avoir des comportements sexuels avec des hommes et des femmes (N = 69), Ketz et Israel (2002) ont évalué le lien entre la concordance entre les comportements et l'identité bisexuelle et la perception de la santé mentale. Leurs résultats ne montrent pas de différence entre celles s'identifiant comme bisexuelles et celles s'identifiant autrement quant à la perception de leur santé mentale.

1.6.2.2 Comportements sexuels

Les résultats de l'étude de Cohran et Mays (2007, 2009) montrent également que, chez les hommes, ceux qui déclarent avoir eu des comportements sexuels avec des personnes du même sexe, mais s'auto-identifient comme hétérosexuels rapportent des degrés de détresse psychologique significativement plus élevés que ceux s'auto-identifiant comme hétérosexuels, mais qui ne déclarent pas de comportement sexuel avec des personnes du même sexe. Au Québec, l'Enquête sociale et de santé 1998 (Clermont et Lacouture, 2000) révèle que les hommes et les femmes bisexuels sont proportionnellement plus nombreux que les personnes homosexuelles et hétérosexuelles à se situer au niveau supérieur de l'indice de détresse psychologique.

1.6.2.3 Attirances sexuelles et sentiments amoureux

À notre connaissance et selon Savin-Williams (2006), le lien entre la composante des attirances sexuelles/romantiques et les problèmes de santé mentale a généralement été ignoré dans les études chez l'adulte.

1.6.3 Résumé des données empiriques sur les liens entre l'orientation sexuelle bisexuelle et la santé mentale

En résumé, les recherches qui évaluent les liens directs entre l'orientation sexuelle et la santé mentale en distinguant les personnes bisexuelles des personnes homosexuelles demeurent relativement peu nombreuses. L'auto-identification et les comportements sexuels sont les dimensions les plus souvent utilisées pour évaluer l'orientation sexuelle bisexuelle en lien avec la santé mentale. Les résultats de recherche montrent souvent que les personnes bisexuelles, définies selon l'auto-identification ou les comportements sexuels déclarés, sont plus vulnérables que les

personnes homosexuelles et hétérosexuelles sur un ensemble de variables liées à la santé mentale.

Plus particulièrement, nous observons que les résultats de recherche sur la consommation d'alcool/drogues, montrent un nombre comparable d'études utilisant les dimensions identitaire et comportementale. Dans les deux cas, ces études tendent à montrer que les femmes bisexuelles sont plus à risque que les femmes homosexuelles et hétérosexuelles, mais révèlent moins de différence entre les hommes bisexuels et les autres hommes. Quant aux autres variables liées à la santé mentale, nous observons une utilisation plus fréquente de la dimension identitaire que de la dimension comportementale dans les études, lesquelles tendent plus souvent à montrer que les hommes et les femmes bisexuels présentent une moins bonne santé mentale que les personnes homosexuelles et hétérosexuelles.

D'une part, en s'appuyant sur ces résultats de recherches, la présente étude examine les liens directs entre les dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle et la santé mentale incluant la consommation d'alcool et de drogues. À cet égard, elle pose l'hypothèse selon laquelle, pour chaque dimension, les personnes bisexuelles se distingueront des personnes non-bisexuelles en présentant une plus grande vulnérabilité sur les variables de santé mentale étudiées.

D'autre part, la présente étude tient compte des facteurs qui pourraient influencer la capacité de ces mesures à révéler le lien entre les dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle et la santé mentale. À cet égard, Meyer (2003) offre un cadre conceptuel utile pour comprendre les prévalences plus élevées de problèmes de santé mentale chez les personnes bisexuelles. En effet, le modèle de Meyer intègre le concept de stress lié au statut de minorité sexuelle permettant d'évaluer les effets de la stigmatisation, les préjudices et la discrimination comme facteurs causant des problèmes de santé mentale. Plus précisément, le modèle de Meyer stipule que des

variables de vulnérabilité et de résilience peuvent affecter la direction ou la force du lien entre l'orientation sexuelle et la santé mentale (modération). Dans nos propres analyses, nous nous sommes inspirés du modèle de Meyer (2003) pour examiner les conditions susceptibles de protéger les individus bisexuels et les conditions susceptibles d'exacerber le lien entre l'orientation sexuelle et la santé mentale. La figure 1.9 présente notre modèle général d'analyse. La prochaine section présente le modèle de Meyer (2003).

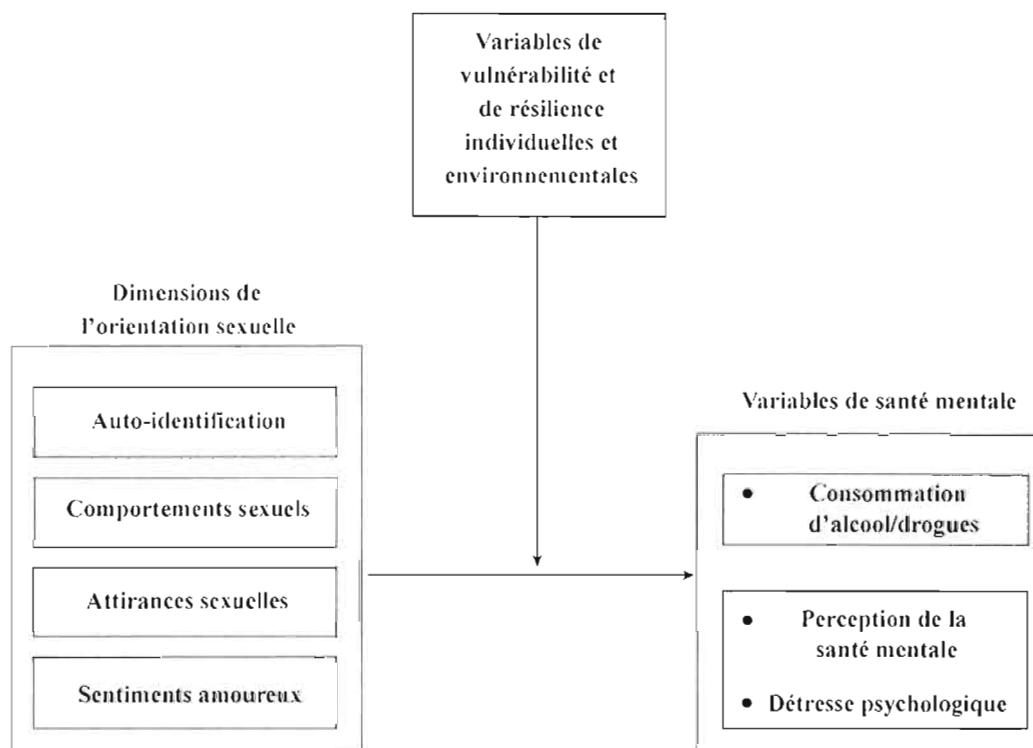


Figure 1.9 Modèle général d'analyse des liens directs et indirects entre les dimensions de l'orientation sexuelle et les variables de santé mentale.

1.7 Cadre théorique

Dans son modèle inspiré de celui de Dohrenwend (1998b, 2000), Meyer (2003) décrit le processus du stress lié au statut de minorité sexuelle en y intégrant l'influence des forces et vulnérabilités individuelles et environnementales. Meyer rapporte que, dans sa forme générale, le stress est défini comme des événements ou des conditions extérieures qui s'imposent à l'individu, qui excèdent ses capacités d'adaptation et qui présentent un impact sur le développement de problèmes mentaux ou somatiques (traduction libre, p. 675) (Dohrenwend, 2000). Il évoque également le concept plus spécifique du stress social qui réfère aux conditions dans l'environnement social susceptibles de présenter un impact sur la santé mentale, notamment pour ceux appartenant à des catégories sociales stigmatisées, telles celles liées au statut socioéconomique, à l'ethnicité, au sexe ou à la sexualité. Ainsi, les préjugés, la stigmatisation et la discrimination créent un environnement social stressant qui peut conduire au développement de problèmes de santé mentale pour ceux faisant partie d'un groupe minoritaire stigmatisé (Friedman, 1999).

Meyer situe le processus du stress lié au statut de minorité sexuelle sur un continuum allant des stressseurs distaux aux stressseurs proximaux. Les stressseurs distaux réfèrent aux conditions et/ou événements objectifs indépendants de l'identification d'une personne au statut de minorité. Les stressseurs proximaux réfèrent quant à eux aux processus subjectifs relevant des perceptions de l'individu et de son auto-identification comme gai, lesbienne ou bisexuel. Meyer s'inspire ici de Lazarus et Folkman (1984) qui stipulent que l'impact des stressseurs distaux dépend de l'interprétation qu'en fait l'individu. Meyer (1995) décrit quatre processus du stress liés au statut de minorité sexuelle qu'il situe le long du continuum distal-proximal : 1) les événements et les conditions externes, objectifs et stressants; 2) l'anticipation de certains événements et la vigilance que ces anticipations requièrent; 3) l'intériorisation des attitudes sociétales négatives et 4) la dissimulation des

attirances sexuelles. En cohérence avec le continuum proposé par Meyer (2003), Herek (2009) offre un cadre conceptuel permettant de décrire les différents phénomènes souvent inclus sous le terme général d'homophobie. Son modèle s'appuie sur l'analyse de la construction sociale des catégories sexuelles, lesquelles reflètent des inégalités de statut et de pouvoir. Nous présentons ici les différentes formes d'homophobie ou biphobie nommées par Herek (2009), à travers les quatre facteurs de vulnérabilité du modèle de Meyer (2003) susceptibles de révéler des liens entre la bisexualité et la santé mentale

1.7.1 Facteurs de vulnérabilité

1.7.1.1 Les événements et les conditions externes, objectifs et stressants (stigmatisation et discrimination⁷)

Dans son cadre conceptuel, Herek (2009) utilise les termes *stigma sexuel institutionnel* ou *hétérosexisme* pour désigner une idéologie qui caractérise les pratiques institutionnelles et brime les groupes sexuels minoritaires en privilégiant et en faisant de l'hétérosexualité une norme, et qui « ignore, dénie, dénigre et stigmatise toute forme non hétérosexuelle de comportement, d'identité, de relation ou de

⁷ La Commission des droits de la personne et de la jeunesse définit la discrimination comme une « distinction, exclusion ou préférence, fondées sur les motifs interdits à l'article 10 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec, ayant pour effet de détruire ou de compromettre le droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne. Ces motifs sont : la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap et depuis 1977, l'orientation sexuelle. Le Québec est la première province canadienne à accorder une protection aux personnes de minorités sexuelles. La Commission distingue la discrimination directe, soit une « distinction, exclusion ou préférence qui résulte clairement d'un traitement inégal ou différent sur la base d'un des motifs inscrits dans la Charte », et la discrimination indirecte, qui englobe « tout effet discriminatoire découlant de l'application d'une règle ou d'une pratique en apparence neutre et applicable à tous, mais qui a des effets préjudiciables chez certaines catégories de personnes, sur la base d'un des motifs inscrits dans la Charte » (CDPDJ, p. 9).

communauté » (traduction libre, p. 321) (Herek, 1995). Selon Herek (2009), l'hétérosexisme s'opère à travers deux processus généraux : 1) parce que souvent présumées hétérosexuelles, les personnes de minorités sexuelles demeurent souvent invisibles et non reconnues par les institutions sociales; 2) lorsqu'elles deviennent visibles, les personnes de minorités sexuelles sont souvent problématisées parce que considérées comme anormales, et reçoivent donc souvent des traitements discriminatoires et hostiles.

Sur le plan individuel, Herek (2009) soutient que les individus peuvent, peu importe leur orientation sexuelle, subir ou manifester du stigma sexuel de différentes façons. Par exemple, le stigma sexuel peut se manifester par des comportements (*enacted sexual stigma*) à travers des actions telles que de l'exclusion, de l'ostracisme, de la discrimination et de la violence. Puisque chaque personne peut être perçue comme gaie, lesbienne ou bisexuelle, tant les personnes hétérosexuelles que non-hétérosexuelles peuvent être victimes de cette forme de stigma. Dans la présente étude, nous utiliserons une mesure de discrimination perçue afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle des niveaux élevés de discrimination perçue exacerbent le lien négatif entre bisexualité et santé mentale.

1.7.1.2 L'anticipation de certains événements et la vigilance que ces anticipations requièrent

Selon Herek (2009), le stigma sexuel constitue un savoir partagé, c'est-à-dire que les membres de la société savent que les comportements et les attirances homosexuels sont dévalués en comparaison à l'hétérosexualité et que l'hostilité et des stéréotypes sont généralement rattachés aux personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles. Ainsi, ce savoir inclut des anticipations sur les probabilités de stigmatisation surviennent dans certaines situations ou circonstances. Ces anticipations (*felt stigma*) peuvent motiver certaines personnes, hétérosexuelles ou

non-hétérosexuelles à modifier leurs comportements en utilisant une variété de stratégies de présentation de soi, pour éviter d'être perçues comme gais, lesbiennes ou bisexuelles. Dans la présente étude, nous utiliserons une mesure des craintes liées au dévoilement de ses attirances bisexuelles afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle des niveaux élevés de craintes liées au dévoilement exacerbent le lien négatif entre bisexualité et santé mentale.

1.7.1.3 L'intériorisation des attitudes sociétales négatives

L'intériorisation du stigma sexuel (stigma social intériorisé) consiste en l'acceptation personnelle, par les personnes hétérosexuelles ou non-hétérosexuelles, du stigma social comme partie intégrante de leur propre système de valeurs. Le stigma sexuel intériorisé implique une adaptation de son concept de soi en congruence avec les réponses sociales stigmatisantes. Pour les personnes hétérosexuelles, le stigma sexuel intériorisé se manifeste par des attitudes négatives envers les personnes de minorités sexuelles, phénomène décrit dans la littérature par les termes homophobie, biphobie, homo-négativité, bi-négativité ou hétérosexisme. Pour les personnes de minorités sexuelles, l'intériorisation du stigma social peut se manifester tant à l'égard des autres qu'à l'égard de soi-même. Lorsque dirigée vers soi-même (*self-stigma*), cette forme de stigma est décrite par les termes homophobie ou biphobie intériorisée, homo-négativité ou bi-négativité intériorisée ou hétérosexisme intériorisée.

Selon Fox (1991) et Ochs (1996), lorsqu'elles sont intériorisées, les attitudes négatives à l'égard des personnes bisexuelles peuvent avoir un impact psychologique important qui s'ajoute aux expériences d'isolement, d'illégitimité, de honte et de confusion que peuvent déjà vivre les personnes bisexuelles. Différents facteurs pouvant contribuer à l'intériorisation de la bi-négativité ou biphobie ont été identifiés, tels que le manque de modèle bisexuel positif notamment dans les médias (Ochs et

Deihl, 1992) ainsi que l'absence de groupes bisexuels organisés dans plusieurs milieux. Dans la présente étude, nous utiliserons une mesure des attitudes à l'égard de son orientation ainsi qu'une mesure de l'acceptation de son orientation sexuelle, dans le but de vérifier l'hypothèse selon laquelle des niveaux élevés d'attitudes négatives à l'égard de son orientation sexuelle et de faibles niveaux d'acceptation exacerbent le lien entre bisexualité et santé mentale.

1.7.1.4 Dissimulation des attirances sexuelles

Meyer considère que le fait de cacher son orientation sexuelle peut aussi être considéré comme un stresser proximal affectant les pensées et donc le processus psychologique interne. Ainsi, pour se soustraire à cette biphobie ou bi-négativité perçue, certains individus qui ont des comportements sexuels avec les deux sexes choisissent de ne pas adopter publiquement une identité bisexuelle en se cachant sous des identités sexuelles perçues comme socialement plus acceptables, telles l'homosexualité et l'hétérosexualité (Médico, Lévy et Otis, 2004) et/ou de maintenir le secret de leurs activités sexuelles bisexuelles (Médico, Lévy, Otis, Laroche et Lavoie, 2003). Les recherches sur le *coming out* suggèrent que le fait de garder son orientation sexuelle cachée est un processus du stress (proximal) important (p. ex., DiPlacido, 1998). En effet, si la dissimulation de l'orientation sexuelle est une stratégie d'adaptation utilisée pour éviter les conséquences négatives de la stigmatisation, cette stratégie peut également devenir une préoccupation constante impliquant une charge cognitive importante (Smart et Wegner, 2000) et ainsi s'avérer elle-même une source de stress (Miller et Major, 2000). Selon Jordan et Deltz (1998), le fait de cacher une partie de sa vraie identité perçue peut engendrer une augmentation de l'anxiété et une diminution de son estime personnelle. Bringaze and White (2001) soutiennent que l'état de vigilance permanente visant à contrôler la révélation de soi et la culpabilisation associée au secret entre soi et sa famille entraîne ultimement une diminution de l'estime de soi. Cependant, une fois dévoilée, l'identité

de minorité peut également s'avérer un facteur de résilience lorsqu'il est associé à des opportunités d'affiliation, de soutien social et de stratégies d'adaptation qui peuvent améliorer l'impact du stress (Crocker et Quinn, 2000). Dans la présente étude, nous utiliserons une mesure du dévoilement des attirances sexuelles bisexuelles dans le but de vérifier l'hypothèse selon laquelle le dévoilement des attirances modifie la force du lien entre bisexualité et santé mentale sans préciser s'il protège ou rend plus vulnérables les personnes bisexuelles.

1.7.2 Facteurs de résilience

Ainsi, le modèle de Meyer (2003) reconnaît que le statut de minorité sexuelle n'est pas uniquement associé à des stressors mais aussi à d'importantes ressources qui protègent les membres de cette minorité contre les impacts négatifs du stress sur leur santé mentale. Meyer (2003) évoque que, par le biais du dévoilement de leur orientation sexuelle, les personnes de minorités sexuelles apprennent à composer avec les effets du stress lié à leur statut. Leur dévoilement leur permet de bénéficier d'un soutien social et/ou familial, lequel peut les protéger de l'impact des stressors sur leur santé mentale. Selon Jones et ses collègues, l'affiliation à un groupe permet aux personnes stigmatisées, d'une part, de faire l'expérience d'un environnement social sécuritaire valorisant leur statut bisexuel et, d'autre part, de bénéficier d'un soutien face à l'évaluation négative en provenance du groupe majoritaire (informations, ressources affectives, etc.). Dans la présente étude, nous utiliserons des mesures de soutien social et de soutien familial dans le but de vérifier l'hypothèse selon laquelle des niveaux élevés de soutien diminuent la force du lien entre bisexualité et santé mentale.

1.7.3. Le sexe

En ce qui concerne le sexe, Meyer le situe comme un élément du statut minoritaire. Au même titre que l'orientation sexuelle et l'appartenance ethnoculturelle, il considère que ce statut peut exposer la personne à des sources supplémentaires de stress, notamment par l'exposition à la stigmatisation, mais peut aussi lui offrir des occasions d'affiliation permettant de bénéficier de sources spécifiques de soutien et de développer des stratégies pour composer avec cette stigmatisation. Des auteurs utilisent les expressions statuts minoritaires multiples, identités multiples ou mixte, double minorités, terminologies qui renvoient au concept général d'intersectionnalité pour témoigner de la multiplicité des appartenances identitaires chez un même individu et des conséquences associées (Blais, 2008). Selon certains chercheurs, les statuts minoritaires multiples pourraient présenter un effet cumulatif en exposant les individus à des « désavantages multiples » (Bowleg, Huang, Brooks, Black et Burkholder, 2003) ainsi qu'à une forme particulière de stress lié au statut de minorité. Par exemple, au stress associé au sexisme, une femme bisexuelle pourrait également être soumise au stress lié au statut de minorité sexuelle.

Par ailleurs, Blais (2008) rapporte que d'autres études remettent en question cet effet cumulatif puisque certaines stratégies de gestion d'un statut minoritaire acquises par l'expérience d'une appartenance à un groupe minoritaire peuvent faciliter la gestion du statut minoritaire associé dans d'autres contextes tel celui associé à l'orientation sexuelle minoritaire (Parks, Hughes et Matthews, 2004; Williams, Yu, Jackson et Anderson, 1997). Dans la présente étude, nous explorerons la possibilité que le sexe constitue un facteur susceptible d'influencer le lien entre l'orientation sexuelle et la santé mentale. Mais avant de présenter nos analyses, nous avons vérifié l'effet des variables modératrices telles que les attitudes à l'égard de son orientation sexuelle, les craintes liées au dévoilement de ses attirances, le dévoilement

de ses attirances, le soutien, la discrimination et le sexe sur les liens entre bisexualité et santé mentale. La figure 1.10 présente l'ensemble des variables vulnérabilité et de résilience à l'étude.

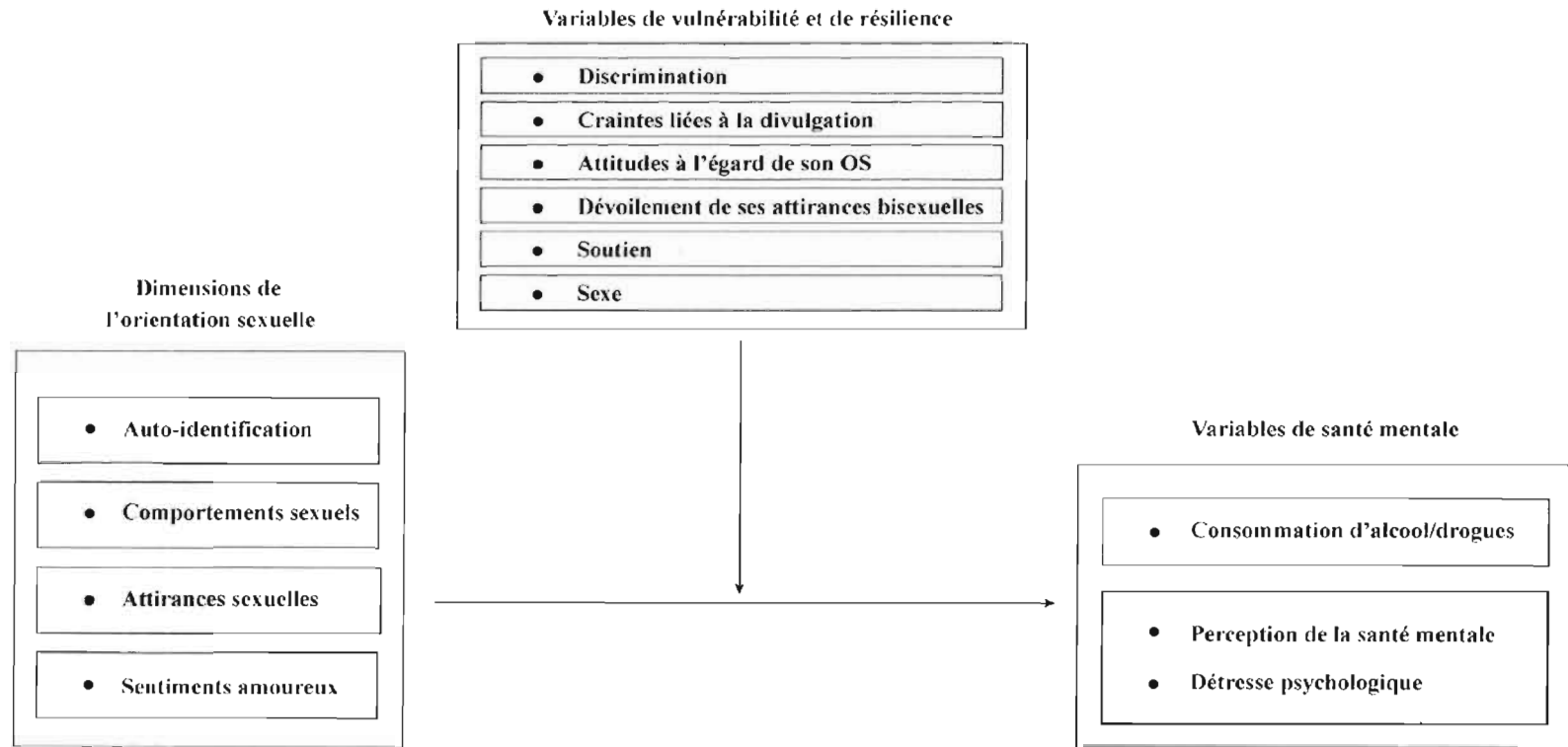


Figure 1.10 Modèle d'analyse détaillé des liens directs et indirects entre les dimensions de l'orientation sexuelle et la santé mentale.

1.8 Données empiriques sur l'impact des variables de vulnérabilité et de résilience individuelles et environnementales sur le lien entre la bisexualité et la santé mentale

À notre connaissance, aucune étude n'a évalué le rôle modérateur des facteurs de vulnérabilité et de résilience sur le lien entre la bisexualité et la santé mentale en utilisant une mesure de l'orientation sexuelle multidimensionnelle. Par ailleurs, plusieurs études rapportent des liens directs entre l'orientation sexuelle bisexuelle, définie selon l'auto-identification ou les comportements sexuels, et des facteurs de vulnérabilité et de résilience. Ces études suggèrent que, comparées aux personnes homosexuelles ou hétérosexuelles, les personnes bisexuelles présentent souvent des niveaux plus élevés sur des facteurs de risque et des niveaux plus faibles sur des facteurs de résilience.

1.8.1 Discrimination

Plusieurs auteurs suggèrent que les personnes bisexuelles comparées aux personnes homosexuelles sont confrontées à des pressions sociales plus fortes (p. ex., Friedman, 1999, Jorm, *et al.*, 2002). Selon les données de l'Enquête sociale générale de 2004 menée par Statistique Canada auprès d'un échantillon probabiliste, les personnes qui s'identifiaient comme bisexuelles étaient 4,5 fois plus susceptibles d'être victimes d'un crime violent que leurs homologues hétérosexuels. Quarante et un pour cent des personnes bisexuelles estimaient avoir été victimes d'une forme quelconque de discrimination au cours des cinq dernières années comparativement à 14 % des personnes qui s'auto-identifiaient comme hétérosexuelles. Par contre, selon cette même enquête, les personnes bisexuelles comparativement aux personnes gaies et lesbiennes ayant aussi fait l'objet de discrimination étaient proportionnellement moins nombreuses à attribuer cette discrimination à leur orientation sexuelle (29 % c.

78 %). Dans le même sens, les données de l'étude de Warner et ses collègues (2004) montrent que les personnes de son échantillon de convenance s'auto-identifiant comme bisexuelles étaient confrontées à des niveaux comparables de discrimination que les personnes s'identifiant comme gaies et lesbiennes mais qu'elles étaient moins nombreuses à attribuer cette discrimination à leur sexualité. Par ailleurs, les résultats de l'étude de Herek, Gillis et Cogan (2009), menée auprès d'un échantillon de convenance de personnes s'auto-identifiant comme gaies, lesbiennes et bisexuelles (N= 2259), montrent que les personnes bisexuelles sont moins nombreuses que les personnes gaies et lesbiennes à rapporter avoir été victimes d'un crime haineux.

1.8.2 Malaise à l'égard de son orientation sexuelle

Aussi, des études suggèrent que les personnes bisexuelles présentent des niveaux plus élevés de malaise à l'égard de leur sexualité que les personnes gaies et lesbiennes. L'étude de Warner et ses collègues (2004) montre que les personnes qui s'identifient comme bisexuelles sont moins confortables avec leur sexualité et moins ouvertes avec leur famille et leurs amis à ce sujet que celles qui s'identifient comme gaies et lesbiennes. Dans le même sens, les résultats de l'étude de Balsam et Mohr (2007) réalisée auprès d'un échantillon issu d'une vaste étude nationale et composé de personnes s'identifiant comme gais, lesbiennes et bisexuelles, montrent que les personnes bisexuelles rapportent des niveaux plus élevés de confusion à l'égard de leur orientation sexuelle que les personnes gaies et lesbiennes. Par ailleurs, leurs résultats ne montrent pas de différence quant au niveau d'homophobie intériorisée.

1.8.3 Dévoilement de son orientation sexuelle

Concernant le dévoilement de leur orientation sexuelle, les résultats de l'étude de Balsam et Mohr (2007) montrent que les personnes bisexuelles rapportent des niveaux plus faibles de dévoilement de leur orientation sexuelle que les personnes

gaies et lesbiennes. Dans leur étude menée auprès de femmes s'auto-identifiant comme lesbiennes et bisexuelles, Moris, Waldo et Rothblum (2001) ont observé que, comparées aux femmes lesbiennes, les femmes bisexuelles présentaient des niveaux plus faibles de dévoilement évalués par une mesure incluant entre autres le pourcentage de personnes de leur entourage étant au courant de leur orientation sexuelle, l'importance qu'elles accordent au dévoilement et leurs craintes liées à ce dévoilement.

1.8.4 Soutien

Concernant le soutien dont elles bénéficient, les résultats de l'étude de Jorm et ses collègues (2002) montrent que les personnes qui s'identifient comme bisexuelles, comparées à celles s'auto-identifiant comme hétérosexuelles et homosexuelles, bénéficient de moins de soutien positif de la part de leur famille et de leurs amis. Dans le même sens, les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1998 (Clermont et Lacouture, 2000) révèlent que les personnes déclarant des comportements sexuels avec des personnes des deux sexes sont proportionnellement moins nombreuses que celles déclarant des comportements sexuels exclusivement avec l'autre sexe, à déclarer bénéficier d'un bon soutien social. Plus particulièrement, les résultats de l'enquête montrent que 39 % des hommes déclarant des comportements sexuels bisexuels rapportent un faible niveau de soutien social, comparativement à 22 % des hommes déclarant des comportements exclusivement hétérosexuels. Chez les femmes, 31 % de celles déclarant des comportements bisexuels rapportent un faible niveau de soutien social comparativement à 17 % des femmes déclarant des comportements exclusivement hétérosexuels. Les résultats de cette même enquête montrent que les hommes bisexuels sont plus nombreux que les hommes hétérosexuels à rapporter n'avoir aucune personne pouvant les aider en cas de besoin. Chez les femmes, cette association n'est pas observée.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

Dans la présente section, nous présentons les critères d'admissibilité de nos participants à l'étude, les stratégies de recrutement utilisées ainsi que les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon. Nous décrivons également les différents instruments de mesures utilisés pour évaluer l'orientation sexuelle, les variables de santé mentale ainsi que les variables de vulnérabilité et de résilience.

2.1 Répondants

La présente étude porte sur les réalités individuelles, relationnelles et sociales des personnes bisexuelles⁸. Entre juin 2005 et mars 2006, nous avons recruté 129 répondants bisexuels (65 hommes et 64 femmes) du Québec. Afin d'être inclus dans notre échantillon, les répondants devaient rencontrer les critères suivants : 1) s'identifier à au moins une des dimensions de la bisexualité, c'est-à-dire s'identifier comme bisexuels-les, et/ou avoir eu des comportements sexuels avec des hommes et des femmes au cours des deux dernières années et/ou avoir des attirances sexuelles pour les deux sexes et/ou avoir des sentiments amoureux pour les hommes et les femmes; 2) être âgés de 25 ans et plus, 3) habiter au Québec et 4) être francophone. L'âge minimum de 25 ans fixé dans notre recrutement s'appuie sur des considérations empiriques montrant une plus grande stabilité de l'orientation sexuelle à l'âge adulte

⁸ Le comité de déontologie du département de psychologie, mandaté à cette fin par l'Université du Québec à Montréal, a examiné le protocole de recherche de la présente étude et l'a jugé conforme aux pratiques habituelles et a confirmé qu'il répond entièrement aux normes établies par la *Politique institutionnelle de déontologie* de l'UQÀM.

(Diamond, 2008). Les répondants ont été recrutés à l'aide de la méthode d'échantillonnage en cascade ou boule de neige (*snowball sampling*). Nous avons utilisé des annonces différentes permettant de cibler tantôt des personnes qui s'identifient comme bisexuelle, tantôt des personnes qui ont des attirances ou des comportements bisexuels. Ces annonces ont été placées dans différents commerces de Montréal, sur le réseau Internet, dans différentes universités, dans des regroupements communautaires et universitaires bisexuels, dans différents journaux et des cliniques médicales et lors d'évènements festifs organisés par la communauté gaie, lesbienne et bisexuelle.

Le tableau 2.1 présente les données socio-démographiques de l'échantillon en fonction du sexe. Les tests-t et les chi-carré réalisés sur les variables sociodémographiques ne montrent pas de différence significative entre les hommes et les femmes à l'exception de la scolarité et de la parentalité : les femmes sont significativement plus scolarisées que les hommes et sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter avoir au moins un enfant. Étant donné que ces deux variables ne sont pas liées aux variables dépendantes de l'étude, elles ne seront pas considérées comme co-variables dans les analyses.

Tableau 2.1 Caractéristiques sociodémographiques en fonction du sexe

	Hommes (N= 65)	Femmes (N= 64)	Tests de différences
Âge moyen M (écart-type)	36,89 (7,86)	34,38 (7,11)	$t = 1,91$
Origine socioculturelle « majorité culturelle québécoise » %	89,2	89,1	$\chi^2 = 0,00$
Études post-secondaires %	66,2	84,4	$\chi^2 = 5,74^*$
Revenu annuel (\$) M (écart-type)	23,800 (16,631)	25,200 (17,507)	$t = -0,35$
Avoir au moins un enfants %	18,5	39,1	$\chi^2 = 6,69^*$
Avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la dernière année %	71,9	71,9	$\chi^2 = 0,00$
Situation conjugale (avec ou sans cohabitation) %			$\chi^2 = 6,40$
Avec l'autre sexe	27,7	35,5	
Avec le même sexe	12,3	9,7	
Avec les deux sexes	12,3	1,6	
Autre forme de relation	7,7	11,3	
Aucune relation conjugale	40,0	41,9	
Région habitée : grande ville %	80,0	65,6	$\chi^2 = 3,37$

* $p < 0,05$

2.2 Procédure

Les personnes intéressées à participer à l'étude nous ont contactés par téléphone ou par courrier électronique. Nous avons transmis aux répondants des informations générales sur l'étude et nous les avons invités à remplir des questionnaires. Dans la majorité des cas, ces questionnaires ont été envoyés aux répondants par courrier postal. Les autres ont préféré répondre aux questionnaires en

personne au laboratoire de recherche ou en complétant une version PDF du questionnaire envoyée par courrier électronique. Une compensation de 10 \$ leur était offerte pour leur participation. Les questionnaires incluaient des mesures de l'orientation sexuelle, du dévoilement des attirances sexuelles bisexuelles (DAB), des craintes liées au dévoilement de l'orientation sexuelle, de l'acceptation de son orientation sexuelle, des attitudes à l'égard de son orientation sexuelle, du soutien social et familial, de la discrimination perçue, du nombre de partenaires sexuels, de la consommation d'alcool et de drogues, de la perception de la santé mentale et de la détresse psychologique. Le formulaire de consentement que nous avons utilisé est présenté à l'appendice A.

2.3 Mesures

2.3.1 Orientation sexuelle

L'orientation sexuelle est mesurée sous l'angle de quatre dimensions : l'auto-identification, les comportements sexuels, les attirances sexuelles et les sentiments amoureux.

2.3.1.1 Auto-identification

La question posée pour évaluer l'auto-identification est la suivante : « Au niveau de votre auto-identification, vous vous identifiez comme... » : 1) « hétérosexuel (le) », 2) « homosexuel (le) », 3) « bisexuel (le) », 4) « autre ».

2.3.1.2 Comportements sexuels

La question évaluant les comportements sexuels est inspirée du questionnaire auto-administré de l'Enquête sociale et de santé 1998 (Clermont et Lacouture, 2000).

La question posée est la suivante: « Au niveau de vos comportements sexuels, lorsque vous avez des relations sexuelles, est-ce... » : 1) « toujours avec une femme », 2) « beaucoup plus souvent avec une femme », 3) « un peu plus souvent avec une femme », 4) « aussi souvent avec une femme qu'avec un homme », 5) « un peu plus souvent avec un homme », 6) « beaucoup plus souvent avec un homme », 7) « toujours avec un homme », 8) « aucun contact sexuel ».

2.3.1.3 Attirances sexuelles

La question et les choix de réponses utilisés pour évaluer les attirances sexuelles reprennent les mêmes formes que celles utilisées par l'Enquête sociale et de santé 1998 (Clermont et Lacouture, 2000) pour évaluer les comportements sexuels. La question posée est la suivante : « Au niveau de vos attirances sexuelles, vous êtes actuellement attiré sexuellement... ».

2.3.1.4 Sentiments amoureux

La question et les choix de réponses utilisés pour évaluer les sentiments amoureux reprennent les mêmes formes que celles utilisées par l'Enquête sociale et de santé 1998 (Clermont et Lacouture, 2000) pour évaluer les comportements sexuels. La question posée est la suivante : « Au niveau de vos sentiments amoureux, actuellement, vous avez des sentiments amoureux ... ».

Compte tenu des critères d'inclusion de notre étude, chaque participant rapporte être bisexuel sur au moins une des dimensions de l'orientation sexuelle. Pour chacune des dimensions, les répondants endossent un seul choix.

2.3.2 Variables de santé mentale

2.3.2.1 Habitudes de consommation

Les questions portant sur les habitudes de consommation proviennent de l'Enquête sociale et de santé 1998 (Clermont et Lacouture, 2000). Nous avons évalué la consommation excessive d'alcool et la consommation de drogues.

La consommation excessive d'alcool est évaluée par le nombre de fois où la personne rapporte s'être enivrée au cours des 12 derniers mois. Pour cette mesure, la question posée est la suivante : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous êtes-vous enivré (bu avec excès, « paqueté», soûlé, pris une « brosse »?) ».

La consommation de drogues est évaluée par le fait d'avoir ou non consommé les catégories de drogues suivantes au cours des 12 derniers mois: 1) marijuana (hachisch, pot, grass, weed); 2) amphétamines, stimulants, speed, ecstasy; 3) cocaïne, crack, free base; 4) héroïne, morphine; 5) LSD (acide), mescaline. Cette question est tirée de l'Enquête sociale et de santé 1998 (Clermont et Lacouture, 2000).

2.3.2.2 Perception de la santé mentale

La perception de la santé mentale est évaluée à l'aide de la question suivante : « Si vous comparez votre santé mentale à celle des autres personnes de votre âge, diriez-vous qu'elle est en général... » :1) « Excellente », 2) « Très bonne », 3) « Bonne », 4) « Moyenne », 5) « Mauvaise ». Cette question est inspirée du questionnaire utilisé par l'Enquête sociale et de santé 1998 (Clermont et Lacouture, 2000) qui évalue la perception de l'état de santé mentale.

2.3.2.3 Détresse psychologique

La détresse psychologique est évaluée à l'aide de l'Échelle de Mesure des Manifestations de la Détresse Psychologique (ÉMMDP23 : Massé, *et al.*, 1998). Cet instrument présente une bonne validité de construit, une stabilité factorielle ainsi qu'une consistance interne appréciable (Massé *et al.*, 1998a, 1998b, 1998c). Les 23 items portent sur la fréquence de diverses manifestations physiques, cognitives, comportementales et émotionnelles liées à la détresse psychologique, apparues au cours du dernier mois, allant de (1) jamais à (5) presque toujours. L'indice final correspond à la moyenne des réponses, préalablement recodées de 0 à 4. Pour la présente étude, l'alpha de Cronbach est de 0,95.

2.3.3 Facteurs de vulnérabilité et de résilience

2.3.3.1 Discrimination perçue

La discrimination est évaluée à l'aide d'une mesure de discrimination perçue inspirée de Mays et Cochran (2001). L'instrument évalue le nombre d'expériences discriminatoires éprouvées au quotidien. Au questionnaire original, nous avons ajouté des items pour rendre compte plus spécifiquement de la discrimination envers les personnes bisexuelles. Les répondants indiquent sur une échelle de type Likert en 4 points : 1) « jamais », 2) « rarement », 3) « parfois », 4) « souvent », la fréquence d'expériences de discrimination vécues en lien avec leur orientation sexuelle. Aucune évaluation des qualités psychométriques de cet instrument n'est disponible. Pour les besoins de la présente étude, nous avons ajouté les items suivants : « Vous vous êtes senti jugé en raison de votre orientation sexuelle », « Des gens ont présumé que vous étiez ouvert à toutes sortes d'expériences sexuelles à cause de votre orientation sexuelle », « Des gens ont prétendu que vous étiez une personne infidèle en raison de votre orientation sexuelle », « Des gens ont agi comme si vous étiez

psychologiquement immature et instable en raison de votre orientation sexuelle », « Vous vous êtes senti rejeté par des personnes hétérosexuelles en raison de vos attirances bisexuelles » et « Vous vous êtes senti rejeté par des personnes homosexuelles en raison de vos attirances bisexuelles ». Les items rajoutés sont inspirés des difficultés rapportées par les participants de l'étude qualitative menée par Médico et ses collègues (2003). L'indice final correspond à la moyenne des réponses. Pour la présente étude, l'alpha de Cronbach est de 0,93.

2.3.3.2 Craintes liées à la divulgation de son orientation sexuelle

Les craintes liées à la divulgation de son orientation sexuelle sont évaluées par un questionnaire (Otis *et al.*, 2002) qui comprend 13 items portant sur les difficultés à exprimer son orientation sexuelle face aux autres comme par exemple, « J'ai peur d'être découvert dans mes attirances et mes comportements sexuels »; « Je me sens à l'aise d'être vu en public avec une personne identifiée comme homosexuelle ou bisexuelle ». Les participants indiquent leurs réponses sur une échelle de type Likert allant de 1) « très en désaccord » à 5) « très en accord ». Les auteurs rapportent un alpha de Cronbach de 0,87. Pour les besoins de la présente étude, nous avons modifié certains items afin de mieux cibler les craintes liées à la divulgation des attirances et des comportements bisexuels. Par exemple, nous avons remplacé l'item « Mes parents accepteraient mal que je sois homosexuel ou bisexuel » par l'item « Mes parents accepteraient mal que j'aie des attirances ou des comportements sexuels bisexuels ». Aussi, nous avons remplacé l'item « Je me sens à l'aise de discuter d'homosexualité dans un contexte social public » par l'item « Je me sens à l'aise de discuter de bisexualité dans un contexte social public ». Nous avons remplacé l'item « Je préfère limiter le nombre de personnes qui connaissent mon orientation sexuelle » par l'item « Je préfère limiter le nombre de personnes qui sont au courant de mes attirances sexuelles pour les hommes et les femmes ». Pour la présente étude, l'alpha de Cronbach est de 0,85.

2.3.3.3 Attitude à l'égard de son orientation sexuelle

Les attitudes à l'égard de son orientation sexuelle sont évaluées par un questionnaire (Otis, Ryan, Chouinard et Fournier, 2001) qui est composé, à l'origine, de cinq items portant sur les attitudes négatives envers l'homosexualité. Les répondants indiquent sur une échelle de type Likert allant de 1 « très en désaccord » à 5 « très en accord ». Les auteurs rapportent un alpha de Cronbach de 0,71 pour l'indice original. Pour les besoins de la présente étude, nous avons ajouté certains items afin de tenir compte à la fois des attirances pour le même sexe et pour le sexe opposé. Par exemple, à l'item suivant du questionnaire original s'adressant aux hommes « J'aimerais que les hommes me laissent sexuellement indifférent », nous avons ajouté l'item « J'aimerais que les femmes me laissent sexuellement indifférent ». Aussi, à l'item suivant du questionnaire original s'adressant aux hommes, « J'aimerais recevoir de l'aide professionnelle afin de cesser d'être attiré par les hommes », nous avons ajouté l'item « J'aimerais recevoir de l'aide professionnelle afin de cesser d'être attiré par les femmes » et l'item « J'aimerais recevoir de l'aide professionnelle afin d'être attiré seulement par un sexe ». Pour la présente étude, l'alpha de Cronbach est de 0,81.

2.3.3.4 Acceptation de son orientation sexuelle

Le niveau d'acceptation de son orientation sexuelle est évalué par un questionnaire (Otis, Ryan, Chouinard et Fournier, 2001; Otis, Girard, Ryan, Bourgon, Engler et Fugère; 2002) qui comprend 10 items, comme par exemple, « J'ai du mal à admettre ce que je vis ». Les répondants indiquent leurs réponses sur une échelle de type Likert allant de 1) « jamais » à 5) « très souvent ». Les auteurs rapportent un alpha de Cronbach de 0,87. Pour les besoins de la présente étude, nous avons modifié quelques items. Nous avons remplacé l'item « Je pense qu'il serait plus simple d'être hétérosexuel » par les items « Je pense qu'il serait plus simple d'avoir des attirances

sexuelles uniquement pour les femmes » et l'item « Je pense qu'il serait plus simple d'avoir des attirances sexuelles uniquement pour les hommes ». Nous avons également remplacé l'item « Je me sens à l'aise avec le fait d'être homosexuel » par les items « Je me sens à l'aise avec le fait d'avoir des attirances sexuelles pour les femmes », « Je me sens à l'aise avec le fait d'avoir des attirances sexuelles pour les hommes » et « Je me sens à l'aise avec le fait d'avoir des attirances sexuelles à la fois pour les hommes et les femmes ». Pour la présente étude, l'alpha de Cronbach est de 0,86.

2.3.3.5 Dévoilement des attirances sexuelles bisexuelles (DAB)

La divulgation des attirances bisexuelles à l'entourage est mesurée de la façon suivante. Pour la liste suivante de personnes, inspirée de Otis, Ryan et Chouinard (1999), les participants indiquent jusqu'à quel point chacune de ces personnes est au courant qu'ils sont attirés sexuellement à la fois par les hommes et les femmes : mon père, ma mère, la majorité des frères et sœurs, la majorité des autres membres de ma famille, la majorité de mes amis hétérosexuels et homosexuels, la majorité de mes collègues de travail, mon employeur, mon médecin. Le choix de réponse, traduction de D'Augelli (D'Augelli, 1991), comprend quatre énoncés : 1) « je suis certaine qu'il(elle) le sait et nous en avons parlé », 2) « je suis certaine qu'il(elle) le sait, mais nous n'en avons jamais parlé », 3) « probablement qu'il (elle) le sait ou s'en doute », 4) « il (elle) ne le sait pas ou ne s'en doute pas ». Le score final correspond à la proportion de personnes dans la liste à qui le répondant a parlé de ses attirances sexuelles bisexuelles (choix de réponse 1). Pour la présente étude, l'alpha de Cronbach est de 0,91.

2.3.3.6 Soutien

Le soutien social perçu est évalué à l'aide de *L'Échelle de soutien social perçu* (ESSP) qui est la traduction française du *Perceived Social Support from Friends and from Family* (PSS) (Procidano et Heller, 1983). Cet instrument permet d'évaluer la perception du soutien social provenant de la famille (ESSP-fa) et provenant du groupe de pairs (ESSP-ami). L'instrument permet également d'évaluer si le soutien, l'information et les conseils reçus de son réseau social sont satisfaisants. Les coefficients de consistance interne du PSS-fr et du PSS-fa sont respectivement de 0,88 et 0,90. Les deux questionnaires contiennent 20 items chacun. Les répondants indiquent sur une échelle de type Likert en 6 points, si l'énoncé est : 1) « tout à fait vrai », 2) « assez vrai », 3) « un peu vrai », 4) « un peu faux », 5) « assez faux », ou 6) « tout à fait faux ». La traduction française de Marcotte et Sicotte (1995) présente des coefficients de consistance interne de 0,90 pour le ESSP-ami et de 0,95 pour le ESSP-fa. Pour la présente étude, l'alpha de Cronbach est de 0,94 pour le soutien familial et 0,92 pour le soutien social.

2.3.3.7 Sexe

Au moment du contact téléphonique avec les participants, l'information concernant le sexe a été recueillie. Un questionnaire approprié à leur sexe leur a été attribué.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

3.1 Transformation des données

3.1.1 Dimensions de l'orientation sexuelle

Étant donné la taille restreinte de l'échantillon, les réponses des participants ont été dichotomisées pour chacune des dimensions de l'orientation sexuelle. Pour la dimension de l'auto-identification, les répondants ont été classés comme étant bisexuels s'ils endossaient la catégorie « bisexuelle ». Ceux qui s'auto-identifiaient comme hétérosexuels, homosexuels ou par un autre terme (p. ex., « omnisexuel », « polyamoureux », « queer », etc.) ont été classés comme étant non-bisexuels sur cette dimension. Pour les dimensions des comportements sexuels, des attirances sexuelles et des sentiments amoureux, les répondants ont été classés comme étant bisexuels sur ces dimensions s'ils endossaient les catégories suivantes : « beaucoup plus souvent avec l'autre sexe », « un peu plus souvent avec l'autre sexe », « aussi souvent avec l'autre sexe qu'avec le même sexe », « un peu plus souvent avec le même sexe » et « beaucoup plus souvent avec le même sexe ». Ce regroupement est inspiré de celui utilisé dans l'Enquête sociale et de santé 1998 (Clermont et Lacouture, 2000).

3.1.2 Consommation d'alcool et de drogues

Pour la consommation d'alcool, étant donné la forte asymétrie positive de la distribution des données, c'est-à-dire qu'une forte proportion (43 %) des participants ne rapportent aucune consommation excessive, nous avons formé les catégories

« présence » ou « absence » d'au moins une consommation d'alcool avec excès au cours des 12 derniers mois. Pour la consommation de drogues, étant donné la faible proportion de consommateurs dans chacune des catégories, nous avons formé les catégories « présence » ou « absence » d'au moins une consommation de drogues au cours de la dernière année. Afin d'obtenir un score unique de consommation, nous avons ensuite formé deux catégories : 1) les répondants rapportant au moins une consommation d'alcool avec excès et au moins une consommation de drogues; 2) les répondants rapportant au moins une consommation d'alcool avec excès ou au moins une consommation de drogues ou aucune consommation.

3.1.3 Malaise à l'égard de son orientation sexuelle

Étant donné la forte corrélation entre les variables « attitudes à l'égard de son orientation sexuelle », « acceptation de son orientation sexuelle » et « craintes liées à la divulgation de son orientation sexuelle » (corrélations allant de 0,50 à 0,71), nous avons standardisé leur score (score z) pour ensuite créer un score unique en effectuant la moyenne des valeurs des trois variables. La nouvelle variable est nommée « malaise à l'égard de son orientation sexuelle ».

3.1.4 Soutien

Étant donné la corrélation moyenne entre le soutien familial et le soutien social (0,38), nous avons regroupé ces deux variables en un score unique. Le score de soutien final correspond à la moyenne des deux variables. L'alpha de Cronbach pour l'ensemble des items est de 0,95.

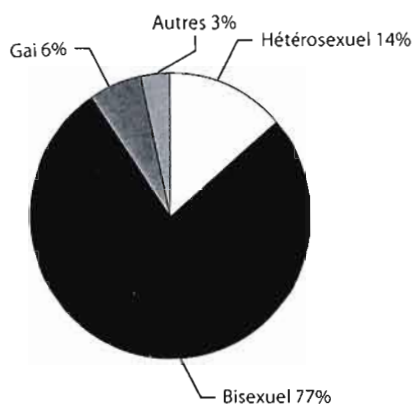
3.2 Description de l'échantillon en fonction des dimensions de l'orientation sexuelle et du sexe

3.2.1 Prévalences de bisexualité en fonction des dimensions de l'orientation sexuelle

Dans le but de décrire notre échantillon en fonction des dimensions de l'orientation sexuelle (objectif 1), les figures 3.1 et 3.2 présentent la distribution des réponses des hommes et des femmes respectivement. Rappelons que notre échantillon se caractérise par le fait que tous les répondants endossent au moins une des dimensions de la bisexualité. Puisque la majorité des participants rapportent avoir des attirances sexuelles pour les deux sexes, nous n'avons pas représenté cette dimension dans les diagrammes.

Les résultats montrent la prévalence de bisexualité la plus élevée sur la dimension des attirances sexuelles (95,4 % et 93,8 % chez les hommes et chez les femmes respectivement). Par ailleurs, les figures montrent la prévalence de bisexualité la plus faible sur la dimension des sentiments amoureux (53,9 % et 31,3 % pour les hommes et les femmes respectivement). Les tests de chi-carré en fonction du sexe montrent que les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à rapporter des comportements sexuels avec les deux sexes, $\chi^2(1, n = 129) = 13,05, p < 0,001$, et à rapporter avoir des sentiments amoureux pour les hommes et les femmes, $\chi^2(1, n = 129) = 6,73, p < 0,01$. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes sur les prévalences de bisexualité en fonction des dimensions des attirances sexuelles et de l'auto-identification.

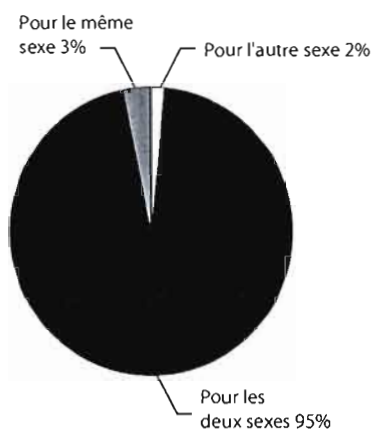
Auto-identification rapportée



Comportements sexuels rapportés



Attirances sexuelles rapportées



Sentiments amoureux rapportés

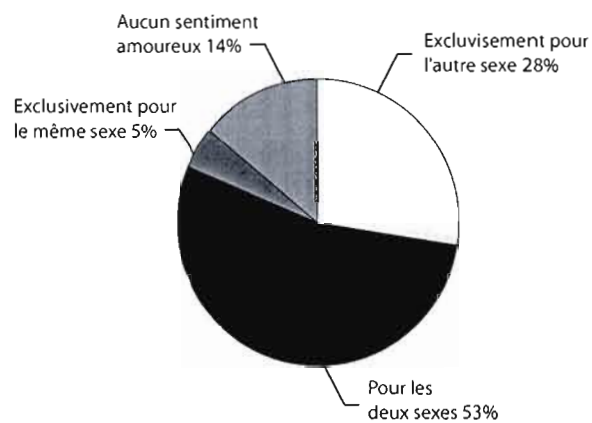


Figure 3.1 Distribution des réponses des hommes sur les dimensions identitaire, comportementale et amoureuse de l'orientation sexuelle

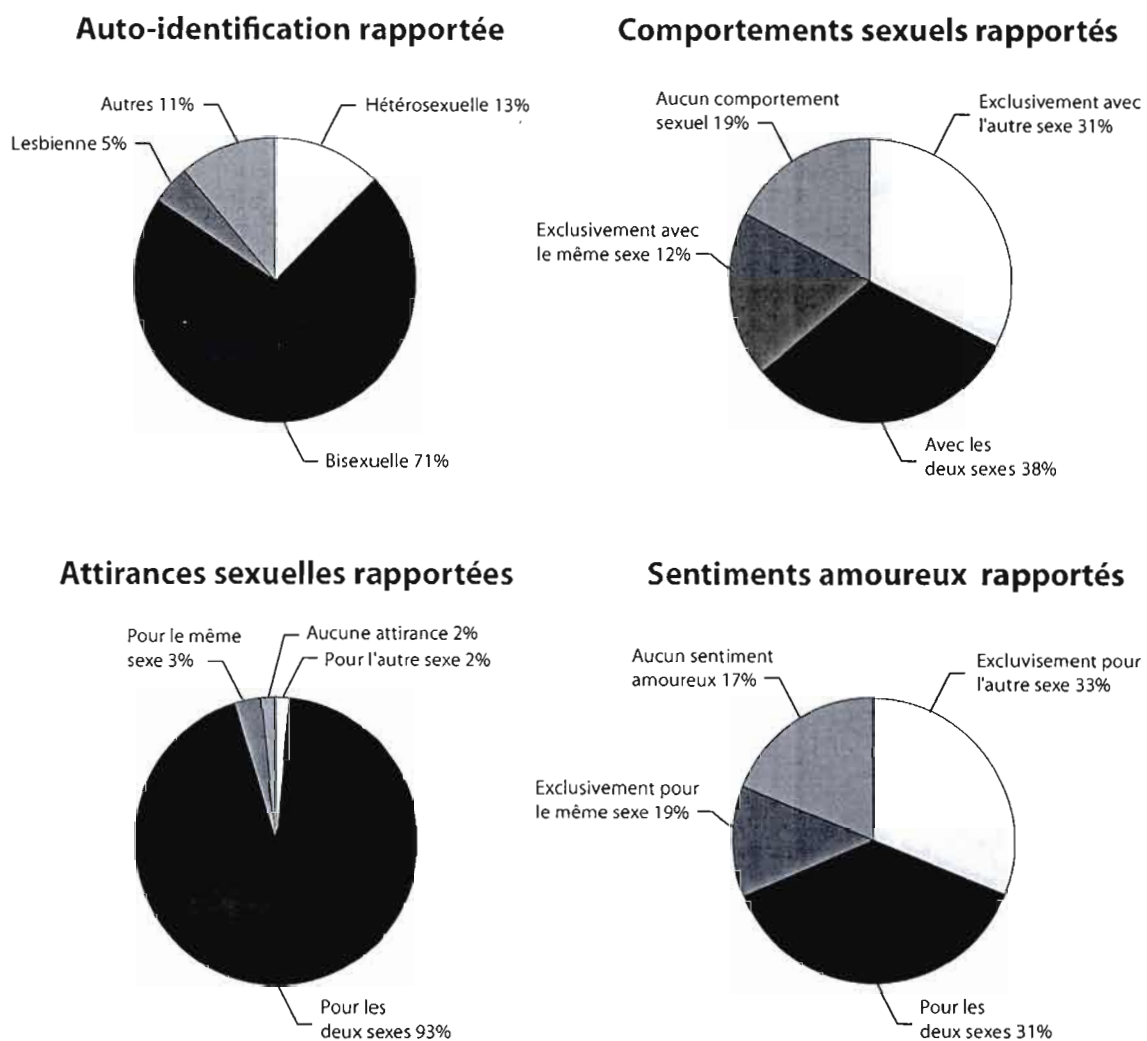


Figure 3.2 Distribution des réponses des femmes sur les dimensions identitaire, comportementale et amoureuse de l'orientation sexuelle

3.2.2 Prévalences de bisexualité en fonction de la concordance entre les dimensions de l'orientation sexuelle

Dans le but de décrire notre échantillon en fonction de la concordance entre les dimensions de l'orientation sexuelle (objectif 2), les diagrammes de Venn illustrés à la figure 3.3 représentent l'ensemble des combinaisons possibles entre les dimensions identitaire, comportementale et amoureuse, chez les hommes et chez les femmes respectivement. Dans ces diagrammes, chaque cercle désigne une dimension donnée et représente l'ensemble des répondants endossant cette dimension. Les zones d'intersections représentent le pourcentage de tous les répondants de l'étude endossant deux ou trois dimensions, selon le cas, par rapport à la totalité des répondants. Par exemple, chez les hommes, la zone du cercle nommé « comportements bisexuels » qui n'est pas superposée aux deux autres cercles indique que 12,3 % d'hommes rapportent avoir des comportements sexuels bisexuels à l'exclusion de sentiments amoureux bisexuels et d'une identité bisexuelle. Par ailleurs, la zone où se superposent les trois cercles indique que 29,2 % des hommes rapportent à la fois s'identifier comme bisexuels, avoir des comportements sexuels bisexuels et avoir des sentiments amoureux bisexuels. Les analyses de prévalence de concordance que nous avons réalisées en fonction du sexe se centrent sur les zones d'intersection entre les dimensions de l'orientation sexuelle représentées par les cercles.

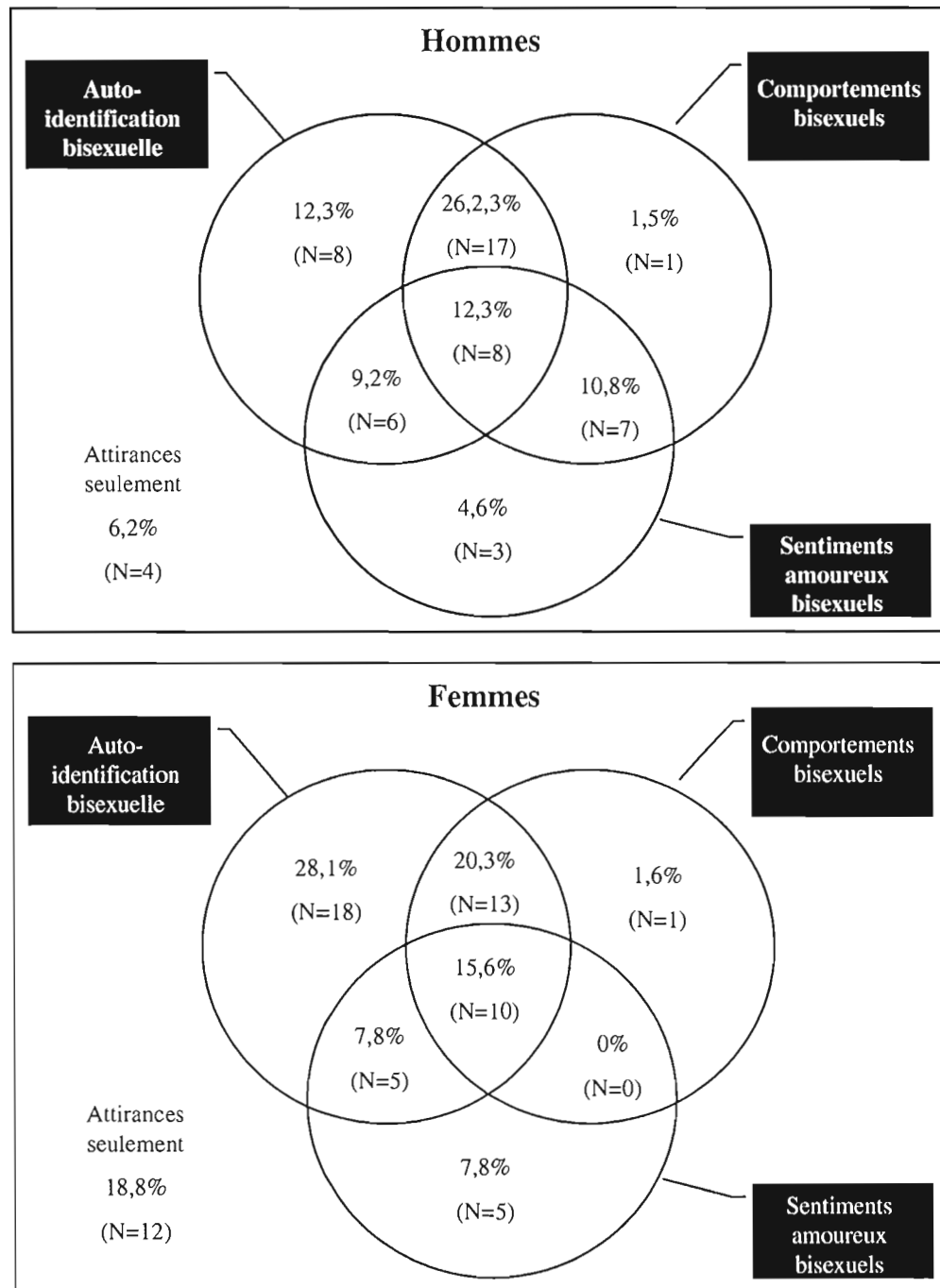


Figure 3.3 Proportions de répondants en fonction du sexe et de la concordance entre les dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle.

Des analyses de chi-carré ne montrent pas de différence significative dans la proportion d'hommes et de femmes qui endossent à la fois les dimensions identitaire, comportementale et amoureuse de la bisexualité. Par ailleurs, indépendamment des sentiments amoureux, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à endosser à la fois la dimension identitaire et comportementale de la bisexualité, $\chi^2(1, n = 129) = 4,91, p < 0,05$ (55,4 % chez les hommes et 35,9 % chez les femmes). De même, indépendamment des comportements sexuels, les hommes sont plus nombreux que les femmes à endosser à la fois la dimension identitaire et amoureuse de la bisexualité, $\chi^2(1, n = 129) = 9,51, p < 0,01$ (38,4 % chez les hommes et 23,4 % chez les femmes). Il n'y a pas de différence significative entre les proportions d'hommes et de femmes qui endossent à la fois les dimensions comportementale et amoureuse.

3.3 Description des liens directs et indirects entre les dimensions de l'orientation sexuelle et les variables de santé mentale

3.3.1 Stratégies d'analyses

Avant d'aborder les analyses de modération, nous avons vérifié la possibilité que les variables de vulnérabilité et de résilience puissent constituer des médiateurs du lien entre les dimensions de l'orientation sexuelle et les variables de santé mentale. Nous avons donc vérifié les quatre conditions nécessaires à la médiation (Baron et Kenny, 1986). Nous avons illustré à la figure 3.4 ces quatre conditions, c'est-à-dire la présence de corrélations significatives entre : a) les variables indépendantes (dimensions de l'orientation sexuelle) et les variables dépendantes (variables de santé mentale), b) les variables indépendantes et les variables médiatrices (variables de vulnérabilité et de résilience), c) les variables médiatrices et les variables dépendantes

et d) l'absence de relation significative entre les variables indépendantes et les variables dépendantes lorsque nous contrôlons pour les deux corrélations précédentes.

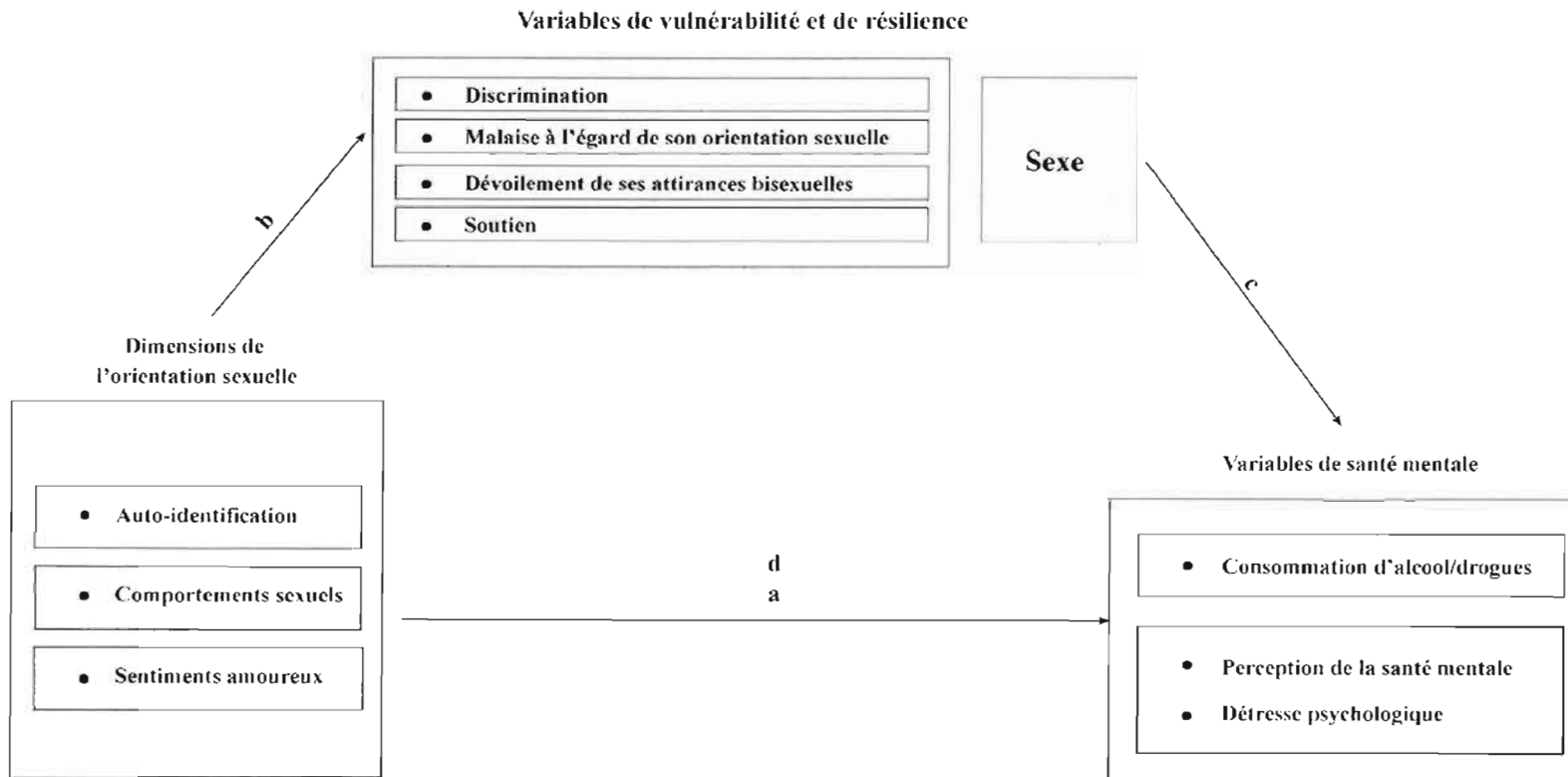


Figure 3.4 : Modèle de médiation.

Les corrélations au tableau 3.1 montrent que l'auto-identification est significativement corrélée à la consommation d'alcool (condition a) et à la discrimination (condition b) mais que la discrimination n'est pas significativement corrélée à la consommation d'alcool et de drogues (condition c). Les analyses bivariées ne montrent pas de corrélation significative entre les comportements sexuels et les variables de santé mentale (condition a). Le tableau ne révèle également aucune corrélation significative entre la dimension amoureuse et les variables de santé mentale (condition a). Les analyses bivariées confirment donc que, puisque les conditions « a », « b » et « c » ne sont jamais toutes rencontrées pour l'ensemble des combinaisons de variables, il ne nous est pas possible de vérifier la condition « d », c'est-à-dire l'effet médiateur des variables de vulnérabilité et de résilience.

Notons par ailleurs que nos résultats montrent d'autres corrélations significatives entre les dimensions de l'orientation sexuelle et les facteurs de vulnérabilité et de résilience. Les comportements sexuels sont significativement corrélés au dévoilement des attirances sexuelles bisexuelles : les personnes qui rapportent avoir des comportements avec des hommes et des femmes tendent à rapporter des niveaux plus élevés de dévoilement de leurs attirances sexuelles bisexuelles que celles qui rapportent des comportements sexuels exclusivement avec un sexe ou qui ne rapportent aucun comportement sexuel. Nous observons aussi une corrélation significative entre l'auto-identification et la discrimination : les personnes qui s'identifient comme bisexuelles tendent à percevoir des niveaux plus élevés de discrimination que celles qui s'identifient autrement. Finalement, nous observons aussi une corrélation significative entre les sentiments amoureux et la discrimination : les personnes qui rapportent avoir des sentiments amoureux bisexuels tendent à percevoir des niveaux plus élevés de discrimination que celles qui rapportent des sentiments amoureux exclusivement pour un sexe ou qui ne rapportent aucun sentiment amoureux.

Étant donné l'absence de variable médiatrice du lien entre les dimensions de l'orientation sexuelle et les variables de santé mentale, dans les analyses subséquentes, nous avons considéré les variables de vulnérabilité et de résilience comme des variables modératrices potentielles.

Tableau 3.1. Intercorrélations entre les variables à l'étude

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Sexe										
Dimensions de l'orientation sexuelle										
2. Auto-identification	-.06									
3. Comportements sexuels	-.32**	.31**								
4. Sentiments amoureux	-.23**	-.03	.21*							
Variables de vulnérabilité et de résilience										
5. Malaise à l'égard de son orientation sexuelle	-.22*	-.02	.10	.09						
6. Coming out	.17	.07	.26**	-.04	-.46**					
7. Soutien	.29**	-.07	.01	-.11	-.48**	.28**				
8. Discrimination	.03	.20*	.16	.28**	.09	.23*	-.26**			
Variables de santé mentale										
9. Consommation alcool/drogues	.1	.23*	.02	.01	-.05	-.01	-.07	.06		
10. Perception santé de sa mentale	.01	.15	-.10	-.02	.26**	-.02	-.22*	.17	0,26**	
11. Détresse psychologique	-.12	.16	.06	.14	.47**	-.09	-.41**	.34**	0,20*	.48**

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Dans le but d'examiner les liens directs entre les dimensions de l'orientation sexuelle et les variables de santé mentale, et dans le but d'évaluer si les variables de sexe et les variables de vulnérabilité et de résilience modèrent ce lien (liens indirects), c'est-à-dire si elles affectent la direction ou la force du lien direct entre les dimensions de l'orientation sexuelle et les variables de santé mentale (Baron et Kenny, 1986) (objectif 3), nous avons mené deux séries d'analyses multivariées. La première série utilise le schème factoriel Dimension (Bisexuel – Non-bisexuel) X Sexe (Homme – Femme) comme variables indépendantes inter-sujets et les variables de santé mentale comme variables dépendantes. Comme il nous était impossible de vérifier les triples interactions Dimension X Sexe X Vulnérabilité/Résilience en raison de la taille restreinte de l'échantillon, une deuxième série d'analyses fut menée avec le schème factoriel Dimension (Bisexuel – Non-bisexuel) X Vulnérabilité/Résilience (variables continues) comme variables indépendantes inter-sujets et les variables de santé mentale comme variables dépendantes. La figure 3.3 présente notre schéma d'analyse. Pour des raisons de puissance statistique, des analyses de modulation séparées ont été menées avec chaque variable de Vulnérabilité/Résilience. Pour des fins de description des résultats, nous avons dichotomisé les variables Vulnérabilité/Résilience (ex. malaise élevé – malaise faible) en utilisant le score médian de leur distribution comme point de coupure.

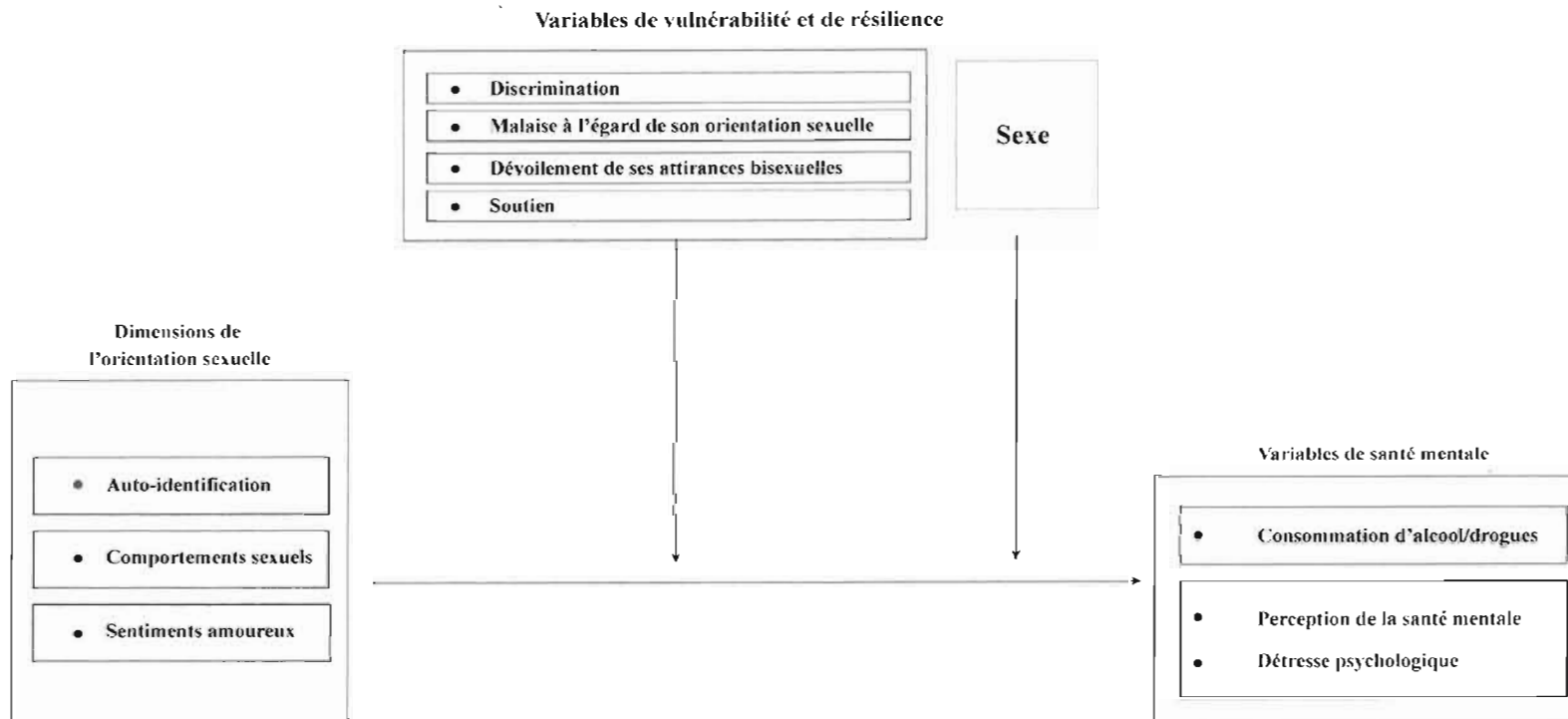


Figure 3.5 Modèle d'analyse des liens directs et indirects entre les dimensions de l'orientation sexuelle et les variables de santé mentale

Pour la variable de consommation qui est dichotomique, nous avons utilisé des analyses loglinéaires pour évaluer les liens directs avec l'orientation sexuelle. Pour évaluer les liens indirects avec l'orientation sexuelle, nous avons mené des analyses de régression logistique.

Pour les variables de santé mentale continues (perception de la santé mentale et détresse psychologique), nous avons mené des analyses de la variance multivariée (MANOVA) pour évaluer leurs liens directs et indirects avec l'orientation sexuelle. La procédure multivariée pour ces variables est justifiée par le test de sphéricité de Bartlett qui indique une relation significative entre les deux variables dépendantes, $Bartlett(1) = 30,63, p < 0,001$. Nous avons interprété les différences univariées lorsque le test multivarié (Wilks) était significatif à $p < 0,05$ et lorsque les coefficients de la fonction discriminante étaient supérieurs ou égaux à 0,75 (Tabachnick et Fidell, 2001).

Pour l'ensemble des analyses, les tests ont été réalisés respectivement pour les dimensions de l'auto-identification, des comportements sexuels et des sentiments amoureux. Puisque la majorité des répondants endossaient la dimension des attirances sexuelles, nous avons exclu cette dimension de l'ensemble des analyses. Le tableau 3.1 présente les moyennes, les écarts-types et les proportions pour les variables de vulnérabilité et de résilience et pour les variables de santé mentale, chez les deux sexes. Dans la description des résultats, les effets principaux du sexe et les effets principaux des dimensions ne sont présentés qu'une seule fois.

Tableau 3.2 Moyennes (écart-types) et proportions des variables de vulnérabilité et de résilience et des variables de santé mentale en fonction du sexe et des dimensions de l'orientation sexuelle

		Hommes		Femmes	
		Bisexuels	Non-bisexuels	Bisexuels	Non-bisexuels
Auto- identification	Variables de vulnérabilité et résilience				
	Discrimination perçue	0,90 (0,71)	0,73 (0,61)	0,92 (0,63)	0,51 (0,63)
	Malaise à l'égard de son orientation sexuelle	0,17 (0,84)	0,21 (1,02)	-0,19 (0,80)	-0,23 (0,80)
	Dévoilement des attirances sexuelles	0,41 (0,31)	0,41 (0,43)	0,56 (0,29)	0,44 (0,35)
	Soutien	3,97 (0,76)	4,31 (0,67)	4,45 (0,49)	4,35 (0,64)
	Variables de santé mentale				
	Alcool et drogues %	44,2	7,1	47,7	33,3
	Perception de la santé mentale (M, E.T.)	2,63 (1,24)	1,67 (0,98)	2,39 (0,91)	2,56 (1,04)
Détresse psychologique (M, E.T.)	1,41 (0,69)	1,07 (0,71)	1,21 (0,74)	1,05 (0,53)	
Comportements sexuels	Variables de vulnérabilité et résilience				
	Discrimination perçue	0,81(0,68)	0,97 (0,71)	1,15 (0,65)	0,60 (0,57)
	Malaise à l'égard de son orientation sexuelle	0,16(0,87)	0,22 (0,90)	-0,04(0,82)	-0,30(0,77)
	Dévoilement des attirances sexuelles	0,35 (0,30)	0,55 (0,38)	0,46 (0,28)	0,57 (0,32)
	Soutien	4,14 (0,75)	3,83 (0,71)	4,43 (0,44)	4,42 (0,59)
	Variables de santé mentale				
	Alcool et drogues %	36,6	31,3	47,8	42,4
	Perception de la santé mentale (M, E.T.)	2,32 (1,21)	2,58 (1,35)	2,29 (0,86)	2,53 (0,99)
Détresse psychologique (M, E.T.)	1,31 (0,78)	1,37 (0,53)	1,25 (0,70)	1,13 (0,68)	

Suite du tableau 3.2

		Hommes		Femmes	
		Bisexuels	Non-bisexuels	Bisexuels	Non-bisexuels
Sentiments amoureux	Variables de vulnérabilité et résilience				
	Discrimination perçue	1,06 (0,71)	0,64 (0,61)	1,06 (0,62)	0,69 (0,64)
	Malaise à l'égard de son orientation sexuelle	0,02 (0,87)	0,35(0,86)	0,18 (0,92)	-0,38 (0,67)
	Dévoilement des attirances sexuelles	0,42 (0,34)	0,40 (0,34)	0,51 (0,30)	0,53 (0,31)
	Soutien	4,12 (0,79)	3,97 (0,71)	4,23 (0,54)	4,52 (0,51)
	Variables de santé mentale				
	Alcool et drogues %	28,1	44,0	66,7	36,6
	Perception de la santé mentale (M, E.T.)	2,31 (1,29)	2,52 (1,21)	2,55 (0,89)	2,39 (0,97)
Détresse psychologique (M, E.T.)	1,27 (0,72)	1,4 (0,69)	1,52 (0,64)	1,01 (0,66)	

3.3.2 Résultats des analyses pour les liens directs et indirects entre la dimension identitaire et les variables de santé mentale

3.3.2.1 Consommation d'alcool/drogues

Les analyses ne montrent aucun effet principal significatif du sexe sur la consommation d'alcool/drogues, aucun effet d'interaction Identité X Sexe significatif et aucun effet significatif pour les interactions Identité X Discrimination, Identité X Malaise et Identité X Soutien. Toutefois, les analyses révèlent un effet principal significatif de l'identité, $\chi^2(1, 113) = 5,98, p < 0,05$ et montrent un effet d'interaction Identité X DAB, $\chi^2(1, n = 110) = 4,15, p < 0,05$. L'effet principal révèle que, toutes proportions gardées, et indépendamment du sexe, les répondants qui s'identifient comme bisexuels sont plus nombreux à avoir consommé de l'alcool/drogues que les répondants qui ne s'identifient pas comme bisexuels (46,0 % et 19,2 % pour les bisexuels et non-bisexuels, respectivement). En ce qui concerne l'effet d'interaction, puisque nos analyses comportent des cellules de moins de cinq sujets, nous avons appliqué le test exact de Fisher, lequel s'est avéré non-significatif. Il n'est donc pas possible d'interpréter cet effet d'interaction.

3.3.2.2 Détresse psychologique et perception de la santé mentale

Les analyses ne montrent aucun effet principal significatif du sexe sur les variables de santé mentale, aucun effet principal significatif de l'identité, aucun effet significatif pour les interactions Identité X Discrimination, Identité X DAB et Identité X Soutien. Mais elles montrent un effet d'interaction Identité X Sexe significatif, $F(2,123) = 3,61, p < 0,05$. L'examen des coefficients de la fonction discriminante montre que seule la perception de la santé mentale atteint le seuil de 0,75 soit 1,11. La figure 3.6 montre que, chez les hommes, ceux qui s'identifient comme bisexuels rapportent une perception moins favorable de leur santé mentale que ceux qui s'identifient autrement alors que chez les femmes, celles qui s'identifient autrement

rapportent une perception moins favorable de leur santé mentale que les femmes qui s'identifient comme bisexuelles. En d'autres mots, le fait d'être un homme est une condition sous laquelle les participants qui s'identifient comme bisexuels rapportent une perception plus défavorable de leur santé mentale.

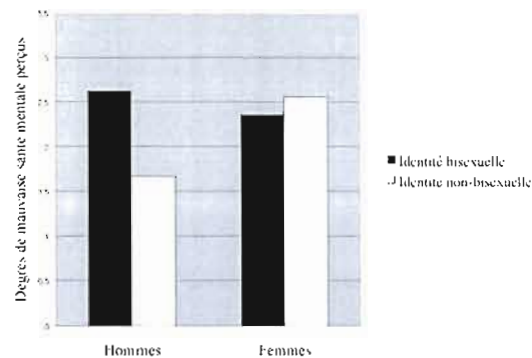


Figure 3.6 Degrés de mauvaise santé mentale perçus en fonction de la dimension identitaire et du sexe

Les analyses révèlent également un effet d'interaction Identité X Malaise significatif sur les variables de santé mentale, Wilk $F(2,123) = 3,75, p < 0,05$. L'examen des coefficients de la fonction discriminante montre que seule la perception de la santé mentale atteint le seuil de 0,75 soit 1,07. La figure 3.7 montre chez ceux qui rapportent un niveau élevé de malaise à l'égard de leur orientation sexuelle, les bisexuels rapportent une perception moins favorable de leur santé mentale que les non-bisexuels alors que chez ceux qui rapportent un niveau faible de malaise, les bisexuels rapportent une perception plus favorable de leur santé mentale que les non-bisexuels. En d'autres mots, le fait d'éprouver un niveau de malaise élevé à l'égard de son orientation sexuelle est une condition sous laquelle les personnes qui s'identifient comme bisexuelles rapportent une perception moins favorable de leur santé mentale.

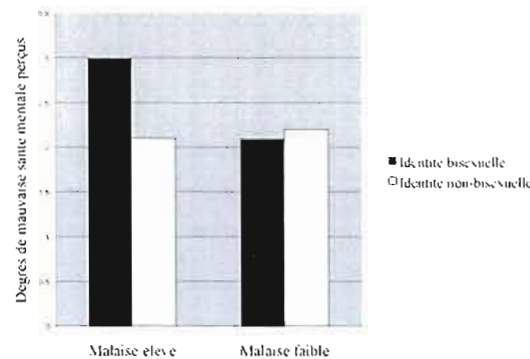


Figure 3.7 Degrés moyens de mauvaise santé mentale perçus en fonction de la dimension identitaire et du degré de malaise à l'égard de son orientation sexuelle.

3.3.3 Résultats des analyses pour les liens directs et indirects entre la dimension comportementale et les variables de santé mentale

3.3.3.1 Consommation d'alcool/drogues

Les analyses ne montrent aucun effet principal des comportements sur la consommation d'alcool/drogues et aucun effet d'interaction Comportements X Sexe significatif. De plus, les analyses ne montrent aucun effet significatif pour les interactions Comportements X Discrimination, Comportements X Malaise, Comportements X DAB, Comportements X Soutien. Le fait d'avoir ou non des comportements sexuels bisexuels n'est donc pas associé à la consommation d'alcool/drogues et le sexe des répondants et leurs conditions de vulnérabilité/résilience n'affectent en rien ce résultat.

3.3.3.2 Détresse psychologique et santé mentale

Les analyses ne montrent aucun effet principal des comportements sur les variables de santé mentale et aucun effet d'interaction Comportements X Sexe significatif. De plus, les analyses ne montrent aucun effet significatif pour les

interactions Comportements X Malaise, Comportements X DAB, Comportements X Soutien et Comportements X Discrimination. Le fait d'avoir ou non des comportements sexuels bisexuels n'est donc pas associé à la détresse psychologique ou la perception d'une mauvaise santé mentale et le sexe des répondants et leurs conditions de vulnérabilité/résilience n'affectent en rien ce résultat.

3.3.4 Résultats des analyses pour les liens directs et indirects entre la dimension amoureuse et les variables de santé mentale

3.3.4.1 Consommation d'alcool/drogues

Les analyses ne montrent aucun effet principal significatif des sentiments amoureux, aucun effet significatif pour les interactions Sentiments X Discrimination, Sentiments X Malaise, Sentiments X DAB et Sentiments X Soutien mais montrent un effet d'interaction Sentiments X Sexe significatif, $\chi^2(1, n=113) = 5,38, p < 0,05$. La figure 3.8 montre que, chez les hommes, les amoureux bisexuels sont plus nombreux que les non-bisexuels à rapporter avoir consommé de l'alcool/drogues alors que chez les femmes, les amoureuses bisexuelles sont moins nombreuses que les non-bisexuelles à rapporter avoir consommé de l'alcool/drogues. En d'autres mots, le fait d'être un homme est une condition sous laquelle les personnes qui rapportent des sentiments amoureux bisexuels sont plus nombreuses à rapporter avoir consommé de l'alcool/drogues.

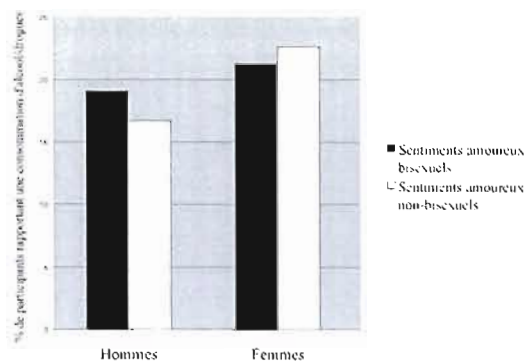


Figure 3.8 Proportions de participants rapportant avoir consommé de l'alcool /drogues au cours de la dernière année en fonction de la dimension amoureuse et du sexe.

3.3.4.2 Détresse psychologique et perception de la santé mentale

Les analyses ne montrent aucun effet principal significatif des sentiments sur les variables de santé mentale mais montrent un effet d'interaction Sentiments X Sexe significatif, Wilks $F(2, 123) = 3,33, p < 0,05$. L'examen des coefficients de la fonction discriminante montre que seule la détresse psychologique atteint le seuil de 0,75, soit 1,07. La figure 3.9 montre que, chez les hommes, les amoureux bisexuels rapportent des degrés plus faibles de détresse que les non-bisexuels alors que, chez les femmes, les amoureuses bisexuelles rapportent des degrés plus élevés de détresse psychologique que les non-bisexuelles. En d'autres mots, le fait d'être une femme est une condition sous laquelle les personnes qui déclarent des sentiments amoureux bisexuels rapportent des degrés plus élevés de détresse psychologique.

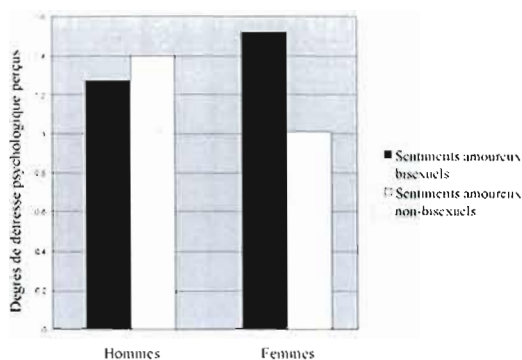


Figure 3.9 Degrés de détresse psychologique perçus en fonction de la dimension amoureuse et du sexe

En résumé, nos analyses des liens directs entre les dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle et la santé mentale montrent que seul le fait d'adopter une auto-identification bisexuelle semble directement associé à la consommation d'alcool/drogues.

Par contre, nos résultats montrent que la considération des liens indirects, c'est-à-dire du rôle modérateur des facteurs de vulnérabilité et de résilience, permet d'identifier des conditions sous lesquelles certains liens entre l'orientation sexuelle bisexuelle et la santé mentale sont observés. Plus précisément, si nos résultats montrent que les dimensions de l'orientation sexuelle permettent peu de distinguer les participants bisexuels des participants non-bisexuels sur les variables de santé mentale, ils révèlent par ailleurs que sous certaines conditions liées au sexe et au malaise à l'égard de son orientation sexuelle, les participants bisexuels semblent plus vulnérables sur certaines variables de santé mentale.

Plus précisément, nos résultats révèlent que l'utilisation de la dimension identitaire de l'orientation sexuelle permet uniquement de distinguer les personnes bisexuelles des personnes non-bisexuelles en montrant que les participants qui

s'identifient comme bisexuels sont plus nombreux à rapporter avoir consommé de l'alcool et de la drogue au cours de la dernière année. Par contre, la considération du sexe comme facteur modérateur révèle que chez les hommes, les participants qui s'identifient comme bisexuels rapportent une perception moins favorable de leur santé mentale que les non-bisexuels. Aussi, la considération du niveau de malaise à l'égard de son orientation sexuelle révèle que, chez ceux qui rapportent un niveau élevé de malaise, les participants qui s'identifient comme bisexuels rapportent une perception moins favorable de leur santé mentale que les non-bisexuels.

Quant à l'utilisation de la dimension comportementale de l'orientation sexuelle, nos résultats montrent qu'elle ne permet pas de distinguer les personnes bisexuelles des personnes non-bisexuelles. La considération des variables de vulnérabilité et de résilience n'a pas non plus permis d'identifier des groupes plus à risque en fonction des comportements sexuels.

L'utilisation de la dimension amoureuse de l'orientation sexuelle n'a pas permis de distinguer directement les personnes bisexuelles des personnes non-bisexuelles sur l'ensemble des variables de santé mentale incluant la consommation d'alcool et de drogues. Par contre, la considération du sexe comme variable modératrice a permis de montrer que, chez les hommes, les participants bisexuels sont plus nombreux que les participants non-bisexuels à rapporter avoir consommé de l'alcool et de la drogue au cours de la dernière année et que, chez les femmes, les bisexuelles rapportent des degrés plus élevés de détresse psychologique que les non-bisexuelles.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Depuis son émergence autour de l'idée de l'hermaphrodisme biologique (Ceccarelli, 2002), la notion de la bisexualité s'est progressivement complexifiée et réfère aujourd'hui à une orientation sexuelle. La présente thèse montre que l'orientation sexuelle bisexuelle est multidimensionnelle et renvoie à des réalités plurielles. Nos résultats révèlent en somme que les personnes dites bisexuelles constituent un groupe hétérogène quant aux dimensions de la bisexualité qu'elles endossent, quant à leur santé mentale ainsi qu'aux conditions de vulnérabilité et de résilience qui les distinguent. Au-delà de ces considérations générales, voyons l'interprétation de nos résultats à travers les différents objectifs de la présente thèse.

4.1 Description d'un échantillon en fonction des dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle, de la concordance entre ces dimensions et du sexe.

Les premiers objectifs de cette thèse visaient à décrire un échantillon de personnes en fonction des dimensions de la bisexualité, de la concordance entre ces dimensions et du sexe. Rappelons d'abord que tous les participants de notre étude déclaraient être bisexuels sur au moins une dimension de l'orientation sexuelle, c'est-à-dire qu'ils déclaraient s'identifier comme bisexuels et/ou avoir des comportements sexuels avec des hommes et des femmes et/ou avoir des attirances sexuelles et/ou avoir des sentiments amoureux pour les deux sexes.

4.1.1 Des prévalences de bisexualité variant selon les dimensions utilisées

Tel que montré par plusieurs études ayant utilisé une mesure multidimensionnelle pour évaluer l'orientation sexuelle (p. ex., Amestoy, 2001, Laumann *et al.*, 1994; Midanik *et al.*, 2007; Fergusson *et al.*, 1999), nos résultats révèlent que les prévalences de bisexualité varient en fonction des dimensions. Dans leur recension des études (avec échantillon probabiliste) sur la santé des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles, Julien et Chartrand (2005) montrent également que les études utilisant une mesure multidimensionnelle de l'orientation sexuelle révèlent des prévalences d'homosexualité/bisexualité variant selon les dimensions. Dans notre propre étude, les prévalences les plus élevées sont observées pour la dimension des attirances sexuelles et les prévalences les plus faibles pour la dimension amoureuse. Aussi, nous obtenons une prévalence de bisexualité plus forte en fonction de l'auto-identification qu'en fonction des comportements sexuels. Toutefois, contrairement à plusieurs de ces études, dont celle de Laumann et ses collègues (1994) qui montrent des prévalences d'homosexualité/bisexualité plus faibles en fonction de l'identité qu'en fonction des comportements, nos résultats révèlent des prévalences plus élevées de bisexualité en fonction de l'auto-identification qu'en fonction des comportements sexuels. Nos résultats sont davantage cohérents avec ceux obtenus par Midanik et ses collègues (2007) montrant des prévalences de bisexualité identitaire supérieures aux prévalences de bisexualité comportementale.

4.1.1.1 Auto-identification

Plusieurs hypothèses nous paraissent plausibles pour expliquer les plus fortes prévalences obtenues par l'auto-identification. D'abord, il est possible que le recrutement de nos participants par l'entremise, entre autres, d'organismes associatifs militant pour la reconnaissance de la bisexualité ait favorisé la participation de personnes qui s'identifient comme bisexuelles. Aussi, de façon générale, ces

personnes se sentent peut-être davantage interpellées et sont probablement plus volontaires à participer à des études portant sur leur orientation sexuelle que des personnes s'auto-identifiant autrement et/ou vivant clandestinement leur bisexualité. Une hypothèse évoquée par Midanik et ses collègues (2007) s'appuie sur le fait que plusieurs personnes ne rapportent pas de comportement sexuel avec les deux sexes durant la fenêtre de temps ciblée par l'évaluation. Par exemple, si aucune fenêtre de temps n'est précisée dans la question, les personnes engagées dans une relation amoureuse monogame depuis plusieurs années risquent d'être moins nombreuses à déclarer des comportements sexuels avec les deux sexes au cours des années précédant cet engagement. Il est fort possible que l'évaluation des comportements sexuels sur une plus longue période révèle des prévalences de bisexualité comportementale plus élevées. À cet égard, Laumann et ses collègues (1994), qui ont évalué les prévalences de comportements homosexuels et bisexuels en fonction de différentes fenêtres de temps, ont montré que les prévalences augmentaient en fonction de la durée de cette fenêtre.

Dans le même sens, Cochran et Mays (2009), dans leur évaluation de l'orientation sexuelle de leurs participants, ont pris en considération les comportements sexuels durant la dernière année et ceux depuis l'âge de 18 ans, permettant ainsi d'identifier un sous-groupe de personnes s'identifiant actuellement comme hétérosexuelles, mais ayant eu des comportements sexuels avec des partenaires de même sexe dans le passé. Ainsi, dans notre propre étude, pour évaluer les prévalences de bisexualité comportementale, nous avons demandé aux participants d'indiquer le sexe des partenaires avec qui ils avaient des contacts sexuels actuellement. Nous aurions probablement obtenu des prévalences plus élevées de comportements sexuels bisexuels en précisant la période de temps ciblée telle que celle couvrant la dernière ou les deux dernières années. À cet égard, les études futures pourraient cibler deux fenêtres de temps c'est-à-dire les prévalences à

vie des comportements bisexuels et les prévalences pour la dernière année pour obtenir une représentation fidèle de la bisexualité dans ses multiples réalités.

Rappelons que dans la présente étude, nous avons demandé aux participants d'indiquer le terme correspondant à la façon dont ils s'identifient actuellement. Il est possible que l'auto-identification rapportée par les participants diffère de l'identité qu'ils dévoilent aux autres selon le contexte et les circonstances, ce qui pourrait expliquer les fortes prévalences de bisexualité identitaire observées dans notre étude. En effet, notre tableau des corrélations ne montre pas de corrélation significative entre l'adoption d'une identité bisexuelle et la mesure du dévoilement des attirances sexuelles, laissant supposer qu'il s'agit de deux phénomènes distincts.

À cet égard, le modèle du développement de l'orientation sexuelle élaboré par Savin-Williams et Diamond (1999) propose deux processus en constante interaction, soit le questionnement sexuel et la divulgation à l'entourage. Le questionnement sexuel consiste en un ensemble de processus internes par lesquels une personne constate, reconnaît et interprète son expérience laquelle diffère des normes hétérosexuelles. Les croyances négatives associées à l'homosexualité ou à la bisexualité peuvent influencer négativement ce processus de reconnaissance. La divulgation à l'entourage réfère au dévoilement des attirances sexuelles, de l'auto-identification ou des expériences homosexuelles ou bisexuelles à son entourage social. Le modèle de Savin-Williams et Diamond propose que les réactions de l'entourage social viennent en retour influencer le questionnement de la personne. Des réactions positives peuvent, par exemple, aider la personne à poser une étiquette sur son expérience alors que des réactions négatives peuvent entraîner une intensification du questionnement et affecter l'adoption des comportements homosexuels (Waldner et Magruder, 1999).

Ainsi, il est possible que notre évaluation de l'auto-identification rende davantage compte du premier processus lié à l'intégration de l'auto-identification sexuelle dans le concept de soi et que le dévoilement de cette identité (ou des attirances, des comportements ou sentiments amoureux) réfère au deuxième processus consistant à exposer cette identité dans la sphère publique, ce qui pourrait en partie expliquer les fortes prévalences de bisexualité obtenues par notre mesure identitaire. Cette hypothèse soulève la pertinence d'évaluer plus précisément, dans des études futures, la dimension de l'orientation sexuelle faisant l'objet du dévoilement, parallèlement à l'étude de l'intégration de l'auto-identification dans le concept de soi.

Par ailleurs, nos résultats montrent qu'environ le quart de nos participants déclarent ne pas s'identifier comme bisexuels, choisissant plutôt de s'identifier comme hétérosexuel, homosexuel ou sous d'autres termes. À cet égard, Ochs (2007) a mené une étude visant à identifier les motivations pour lesquelles certaines femmes ayant des attirances pour les hommes et les femmes résistent à s'identifier comme bisexuelles. Parmi les réponses recueillies, plusieurs femmes disent considérer que l'auto-identification bisexuelle est associée à des stéréotypes trop négatifs tels que l'idée selon laquelle les personnes bisexuelles ont une sexualité très active et marquée par la promiscuité. Selon Ochs (2007), les préjugés négatifs, à l'égard de la bisexualité et son invisibilité sociale rendent difficile le développement d'une fierté à l'égard de son orientation sexuelle et motive certaines personnes bisexuelles à ne pas s'identifier comme telle.

En ce sens, nos résultats montrent notamment que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à rapporter s'identifier par un autre terme qu'homosexuelle, hétérosexuelle ou bisexuelle. Parmi ceux-ci, nous retrouvons par exemples, « amoureuse », « polyamoureuse », « humaine », « queer », « attirée par un individu, quel qu'il soit ». Le terme anglais « queer » utilisé par certains participants

signifie, selon certains auteurs (p. ex., Eribon, 2003), bizarre, étrange, malade, anormal. Le sociologue Michel Dorais dans son livre *Éloge de la diversité sexuelle* (1999) traduit le terme *queer* par les mots « non-conformiste, contestataire ou dissident du sexe ». Il précise que le terme *queer* issu du mouvement « Queer Nation » né au début des années 1990 aux États-Unis, représente un refus des catégories issues de la logique binaire sur laquelle reposent les conceptions de la sexualité et du sexe. Par ailleurs, l'étude longitudinale de Diamond (2008) menée sur une période de 10 ans auprès de jeunes femmes s'auto-identifiant comme bisexuelle, lesbienne ou « sans-étiquette » identitaire montre que la majorité des participantes ont modifié leur auto-identification au cours des années malgré un patron d'attirances sexuelles pour les hommes et les femmes relativement stable. Cette étude montre également que la catégorie « sans-étiquette » a été celle la plus souvent choisie au cours de l'étude et ce pour différentes raisons à différents moments, notamment pour témoigner d'un questionnement à l'égard de sa sexualité, pour témoigner du fait d'être attirée par une personne plutôt qu'un genre (Diamond, 2006b) ou encore pour marquer l'ouverture à un changement éventuel dans leurs expériences sexuelles (Diamond, 2006c; Savin-Williams, 2005).

Ainsi, les raisons pour lesquelles certains participants de notre étude n'adoptent pas une auto-identification bisexuelle sont probablement nombreuses, allant du désir de se soustraire à la stigmatisation associée à la bisexualité, à la volonté d'adopter une identité cohérente à leur expérience affective et/ou comportementale, au refus de confiner leur orientation sexuelle dans une catégorie, pour n'en nommer que quelques exemples. Ainsi, nos résultats soulignent l'importance d'évaluer les motivations à adopter une auto-identification bisexuelle afin de déterminer si son adoption constitue un facteur de vulnérabilité ou de résilience et ce, plus particulièrement chez les femmes.

4.1.1.2 Comportements sexuels

Quant à la dimension comportementale plus précisément, nos résultats montrent de plus fortes prévalences de bisexualité comportementale chez les hommes que chez les femmes. Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus par Laumann (1994), Midanik (2007) et leurs collègues qui montrent aussi une plus forte prévalence de comportements homosexuels/bisexuels chez les hommes que chez les femmes, mais différent des données de l'Enquête sociale et de santé 1998 (Clermont et Lacouture, 2000) qui rapportaient des prévalences de bisexualité comportementale presque équivalentes chez les hommes et les femmes. Nos résultats pourraient refléter la plus grande ouverture des hommes à vivre plusieurs relations simultanément alors que les femmes pourraient favoriser les relations monogames. À cet égard, Klein (1993) propose une distinction entre une bisexualité dite concurrente, définie par le fait de vivre une relation avec un homme et avec une femme durant la même période de temps, et une bisexualité dite séquentielle, définie par le fait d'avoir des relations avec des hommes et des femmes, mais avec une seule personne durant une période de temps donnée. Ainsi, les hommes pourraient vivre davantage leur bisexualité de façon concurrente et les femmes, de façon séquentielle. En ce sens, nos données sociodémographiques montrent effectivement que les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à déclarer vivre actuellement une relation conjugale avec les deux sexes.

Par ailleurs, nos résultats montrent que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer vivre dans un autre type de relation. Nos données ne nous permettent pas de préciser de quelle nature sont ces relations. Il est possible que la perception des relations amoureuses et de l'engagement chez les femmes soit différente de celle des hommes et que les pressions sociales pour se conformer à la norme de monogamie soient plus fortes chez les femmes. À cet égard, notons que les femmes de l'échantillon utilisé dans l'étude de Midanik et ses collègues (2007),

étaient plus nombreuses que les hommes à refuser de répondre à l'évaluation des comportements sexuels. Des recherches futures pourraient évaluer les configurations relationnelles adoptées par les femmes et leurs liens avec les termes qu'elles utilisent pour s'identifier.

4.1.1.3 Sentiments amoureux

Quant à la dimension amoureuse de la bisexualité, peu d'études l'ont considérée dans l'évaluation de l'orientation sexuelle de leurs participants (Savin-William et Diamond, 1999). Dans la présente thèse, nous avons choisi d'évaluer les sentiments amoureux en nous appuyant sur l'inclusion de cette dimension dans la grille d'évaluation de l'orientation sexuelle proposée par Klein (1993). À notre connaissance, aucune étude s'intéressant au lien entre l'orientation sexuelle et la santé mentale n'a utilisé les sentiments amoureux comme mesure de l'orientation sexuelle. Nos résultats montrent que les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer des sentiments amoureux pour les deux sexes. Il est possible que les prévalences plus élevées de bisexualité amoureuse chez les hommes soient associées au fait que ces derniers soient aussi plus nombreux à rapporter vivre dans une relation amoureuse avec des personnes des deux sexes. Il se peut également que les femmes considèrent moins acceptable le fait d'être amoureuse de deux personnes simultanément ou soient plus enclines à privilégier une seule personne au titre d'amoureux ou amoureuse. Puisque nous n'avons pas fourni de définition du sentiment amoureux dans notre questionnaire, il est aussi possible que les hommes et les femmes perçoivent différemment cette dimension.

Notons également que nous avons opté pour une évaluation unidimensionnelle du sentiment amoureux. Il est possible que nous obtenions, dans des recherches futures, des prévalences de bisexualité variant aussi en fonction des différents types d'amour. Selon la psychologue Ellen Berscheid (2010), pour bien comprendre le

phénomène du sentiment amoureux, il est important de considérer la présence ou l'absence des différents types d'amour lesquels semblent associés à différentes conditions et différentes périodes dans le développement d'une relation.

4.1.2 Des patrons de concordances qui diffèrent selon le sexe

Nos résultats spécifiques à la concordance entre les dimensions de l'orientation sexuelle montrent que les hommes et les femmes sont aussi nombreux à déclarer une identité, des comportements et des sentiments concordants. Par ailleurs, indépendamment des sentiments amoureux, les hommes sont plus nombreux que les femmes à rapporter à la fois une auto-identification et des comportements sexuels bisexuels. Ces résultats diffèrent de ceux obtenus par Midanik et ses collègues (2007) qui montrent des prévalences de concordance entre l'identité et les comportements semblables chez les hommes et les femmes.

Nos résultats suggèrent que l'adoption d'une auto-identification bisexuelle chez nos participants n'est pas nécessairement consécutive à l'expérience de comportements sexuels avec des personnes des deux sexes et ce, plus particulièrement chez les femmes. Ces résultats suggèrent que, pour les femmes, l'adoption d'une identité bisexuelle s'appuie parfois sur d'autres motivations que celle de rendre compte de leurs comportements sexuels. Rust (2001) rapporte que, pour certaines personnes, endosser une identité bisexuelle repose avant tout sur la potentialité et l'ouverture à vivre des attirances ou des comportements sexuels avec des personnes des deux sexes. Aussi, Ochs (2007) rapporte que certaines femmes revendiquent l'identité bisexuelle surtout pour des raisons politiques ou une volonté de rendre davantage visible la bisexualité. Dans leurs entrevues menées au cours des années 1970 auprès des personnes ayant eu des comportements sexuels avec des hommes et des femmes, Blumstein et Schwartz (1977, 2000) montraient déjà que plusieurs personnes adoptaient une auto-identification homosexuelle ou bisexuelle

sans avoir vécu aucune expérience sexuelle homosexuelle, basant plutôt le choix de leur auto-identification sur des idéologies axées sur le libéralisme humaniste. Nos propres résultats suggèrent que, pour les hommes, comparés aux femmes, l'adoption d'une identité bisexuelle est peut-être davantage contingente à l'expérience des comportements bisexuels actuels. À cet égard, Blumstein et Schwartz (1977, 2000) rapportent que les hommes de leur échantillon étaient plus enclins que les femmes à modifier leur auto-identification suite à une seule ou seulement quelques expériences sexuelles homosexuelles.

En raison du petit nombre de participants à notre étude, il n'a pas été possible d'évaluer le lien entre le niveau de concordance entre les dimensions de la bisexualité et les variables de santé mentale. Différentes études montrent des liens entre la concordance entre l'auto-identification et les comportements sexuels et la santé mentale soulignant la pertinence de poursuivre les recherches à cet égard. Par exemple, les résultats de Cohran et Mays (2009) montrent que les hommes et les femmes qui rapportent des comportements sexuels homosexuels, mais qui s'identifient comme hétérosexuels présentent davantage de problèmes de santé mentale et de consommation d'alcool et de drogues. Aussi, des recherches montrent que les hommes qui ne s'identifient pas comme gais ou bisexuels, mais qui ont des comportements sexuels avec d'autres hommes sont plus enclins à s'engager dans des comportements sexuels à risque que ceux qui s'identifient comme tels (p. ex., Doll et Beeker, 1996; Centers for Disease Control and Prevention, 1993). Des auteurs suggèrent que les hommes qui ne s'identifient pas comme gais ou bisexuels sont probablement moins impliqués dans la communauté gaie où les messages de prévention sont véhiculés (Pathela, Hajat, Schillinger, Blank, Sell et Mostashari, 2006), ou se sentent moins concernés par ceux-ci (Heckman, Kelly, Sikkema, Roffman, Solomon, Winett, Stevenson, Perry, Norman et Desiderato, 1995).

L'hypothèse d'un lien entre le niveau de concordance entre les dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle et la santé mentale pourrait être testée dans des études ultérieures utilisant des populations à grande échelle. L'utilisation de larges échantillons permettrait de comparer des groupes indépendants en fonction, par exemple, des différentes identités, en gardant constantes les autres dimensions ou en les variant systématiquement d'un groupe à l'autre. Ceci permettrait de mieux cerner si le fait de s'identifier comme bisexuel et/ou de répondre à une autre dimension de la bisexualité est un facteur d'adaptation ou de risque. Il aurait également été intéressant de créer des groupes en fonction du niveau de santé mentale (p. ex., un groupe résilient vs un groupe vulnérable) et d'observer les patrons de concordance entre les dimensions de l'orientation sexuelle chez ces deux groupes. En raison du nombre limité de participants dans notre étude, la section suivante présente donc uniquement les liens entre les dimensions de l'orientation sexuelle, prises une à une, et les variables de santé mentale.

4.2 Liens directs et indirects entre les dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle et la santé mentale.

Durant la dernière décennie, plusieurs recherches en santé mentale ont montré que les personnes bisexuelles, définies selon les études en fonction de l'auto-identification ou des comportements sexuels, sont plus vulnérables que les personnes homosexuelles et hétérosexuelles sur un ensemble de variables. La présente étude pose la question de la diversité au sein même de ce sous-groupe bisexuel en étudiant le lien entre les différentes dimensions de la bisexualité et la santé mentale incluant la consommation d'alcool et de drogues. Plus spécifiquement, les troisième et quatrième objectifs de la présente étude visaient, d'une part, à identifier les dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle les plus susceptibles de faire émerger les liens entre bisexualité et santé mentale et, d'autre part, à spécifier les conditions de vulnérabilité et de résilience individuelles et environnementales susceptibles de faire émerger les

liens entre la bisexualité et la santé mentale. Plus précisément, rappelons que nous avons d'abord analysé les liens directs entre trois dimensions de l'orientation sexuelle (l'auto-identification, les comportements sexuels et les sentiments amoureux) et les variables de santé mentale (consommation d'alcool/drogues, perception de sa santé mentale et détresse psychologique) en considérant les différences liées au sexe. Dans un deuxième temps, nous avons évalué si les niveaux de discrimination perçue, de malaise à l'égard de son orientation sexuelle, de dévoilement de ses attirances sexuelles bisexuelles et de soutien affectaient les liens directs entre les dimensions de l'orientation sexuelle et la santé mentale.

4.2.1 Liens directs entre les dimensions de l'orientation sexuelle et la santé mentale

Certaines dimensions de l'orientation sexuelle permettent-elles de distinguer les personnes les plus vulnérables sur les variables de santé mentale?

Contrairement à nos attentes, une seule dimension de l'orientation sexuelle permet effectivement d'identifier des personnes plus vulnérables sur une variable de santé mentale. La dimension de l'auto-identification permet de cibler les personnes les plus à risque quant à la consommation d'alcool et de drogues.

4.2.1.1 Lien direct entre la dimension identitaire et la consommation d'alcool et de drogues

Conformément à notre hypothèse d'une plus grande vulnérabilité chez les participants définis comme bisexuels en fonction des différentes dimensions, nos résultats montrent plus spécifiquement que les participants qui s'identifient comme bisexuels sont plus nombreux que ceux qui s'identifient autrement à rapporter avoir consommé de l'alcool et de la drogue au cours de la dernière année. Ces résultats sont cohérents avec ceux des études de Engler (2005), Midanik (2007), Diamont (2000) et

leurs collègues qui ont utilisé la dimension identitaire comme mesure de l'orientation sexuelle et qui ont montré un lien avec la consommation d'alcool et de drogues.

Différentes hypothèses pourraient expliquer le lien entre l'adoption d'une identité bisexuelle et la consommation d'alcool et de drogues. D'abord, des chercheurs soulèvent l'idée selon laquelle certaines personnes de minorités sexuelles, plus vulnérables, pourraient avoir recours à la consommation de substances pour s'adapter aux effets de la dépression ou autres difficultés émotionnelles résultants des expériences de discrimination dont elles sont victimes (Clifford, Edmundson, Koch et Dodd, 1991; Deykin, Levy et Well, 1987; McKirnan et Peterson, 1989). Cette hypothèse semble appuyée par les résultats de nos analyses bivariées qui montrent une corrélation significative entre l'adoption d'une auto-identification bisexuelle et le niveau de discrimination perçue. Par contre, nos analyses ne montrent pas de lien entre la discrimination et la consommation d'alcool et de drogues. D'une part, il est possible que notre instrument de mesure de la discrimination ne permette pas de cibler les événements discriminatoires dont l'impact psychologique pourrait entraîner une consommation d'alcool et de drogues. D'autre part, tel qu'évoqué précédemment, il est possible que certaines personnes qui adoptent une auto-identification bisexuelle ne dévoilent pas nécessairement leur identité et/ou leurs attirances. Ainsi, des recherches futures pourraient tester à nouveau le rôle médiateur de la discrimination et du dévoilement de ses attirances sexuelles en précisant ces deux variables afin de cerner leur contribution spécifique dans l'explication du lien entre l'adoption d'une auto-identification bisexuelle et la consommation d'alcool et de drogues.

Aussi, certains auteurs soutiennent que les pressions sociales limitent les opportunités de socialisation pour les personnes de minorités sexuelles presque exclusivement aux lieux de rencontres sociales homosexuels et bisexuels. Ainsi, l'importance culturelle des bars (Cabaj, 1996; Colcher, 1982; McKirnan et Paterson, 1989a; Ross, Fernández-Esquer et Seibt, 1995) et plus récemment des « club drugs »

(Halkitis, Green, et Mourgues, 2005; Halkitis et Parsons, 2002; Halkitis et Palamar, 2006; Parsons, Kelly, et Wells, 2006) comme lieux de rencontre et de socialisation dans les communautés gaies, lesbiennes et bisexuelles, pourrait expliquer les plus fortes prévalences de consommation d'alcool et de drogues observées chez cette population. La présente étude n'a pas considéré de variables modératrices liées à la socialisation. Ainsi, des études futures pourraient évaluer si les lieux de socialisation diffèrent pour les individus bisexuels et homosexuels et comment ces différents contextes de socialisation contribuent à la consommation d'alcool et de drogues.

4.2.1.2 Absence de lien direct entre les dimensions comportementale et amoureuse et les variables de santé mentale

Contrairement à nos attentes, les dimensions comportementale et amoureuse de la bisexualité ne permettent pas directement de cerner des sous-groupes plus vulnérables sur l'ensemble des variables de santé mentale. Par ailleurs, nous verrons dans l'interprétation des modérations que la considération des facteurs de vulnérabilité et de résilience révèle la pertinence de la dimension amoureuse dans l'analyse des liens entre bisexualité et santé mentale.

En somme, les résultats de nos analyses des liens directs entre les dimensions de l'orientation sexuelle et la santé mentale suggèrent que la dimension identitaire peut être une mesure de l'orientation sexuelle plus sensible que les autres pour identifier, parmi les personnes endossant au moins une dimension de la bisexualité, celles les plus vulnérables quant à la consommation d'alcool et de drogues. Les dimensions comportementale et amoureuse se sont révélées inefficaces pour révéler des liens directs entre bisexualité et santé mentale et rappelons que la dimension des attirances sexuelles n'a pas été utilisée dans les analyses puisque la presque totalité des participants endossait cette dimension. Nos résultats soulèvent l'importance du choix des questions utilisées dans les recherches pour déterminer non seulement

l'orientation sexuelle des répondants, mais aussi les profils de risques distincts selon les mesures dans les études de santé, telle que soulignée par Cochran et Mays (2007). En ce sens, nos données confirment la pertinence de poser la question de l'identité dans les études visant à identifier les personnes les plus à risque de consommation. Elles montrent aussi l'inefficacité de cette même question pour identifier les personnes les plus à risque quant à la détresse psychologique.

Si nos résultats montrent des liens directs entre l'auto-identification et la consommation d'alcool, il n'en demeure pas moins que, contrairement à nos attentes, les dimensions de l'orientation sexuelle révèlent relativement peu de liens directs avec la santé mentale.

Différentes hypothèses pourraient expliquer la faible capacité de nos dimensions à révéler un lien entre bisexualité et santé mentale. Tel qu'évoqué précédemment, rappelons qu'en raison du nombre restreint de participants dans notre étude, nous avons dichotomisé les réponses obtenues sur nos mesures de l'orientation sexuelle pour chaque dimension en formant les groupes bisexuel et non-bisexuel. Ce choix méthodologique a entraîné une réduction de la diversité des réponses. Par exemple, nous avons regroupé notamment les répondants adoptant les identités homosexuelle, hétérosexuelle et les autres identités dans l'objectif d'évaluer les liens entre l'adoption de l'identité bisexuelle spécifiquement et les variables de santé mentale. Il est possible que le lien entre l'adoption d'une identité et les variables de santé mentale diffère pour les répondants s'identifiant comme homosexuels et pour ceux s'identifiant comme hétérosexuels puisque ceux-ci ne sont pas exposés aux mêmes réalités affectant leur bien-être. Aussi, il est possible que les personnes s'identifiant comme bisexuelles et celles s'identifiant par un autre terme tel que *queer* partagent davantage des facteurs communs et pourraient ainsi être regroupées dans le même sous-groupe échantillonnal dans de futures recherches. Dans le même sens, le regroupement des réponses des participants sur la mesure comportementale a

probablement contribué à diminuer la capacité de cette dimension à être liée à la santé mentale. En effet, nous avons regroupé en un même groupe les comportements exclusivement homosexuels et exclusivement hétérosexuels ainsi que l'absence de comportement. Or, il en résulte un groupe de comparaison hétérogène quant aux réalités vécues en lien avec leurs comportements sexuels. De la même façon, il est possible que la santé mentale des personnes ayant déclaré avoir des sentiments amoureux « aussi souvent pour un sexe que pour l'autre » diffère de celles des participants ayant déclaré avoir « un peu plus souvent des sentiments amoureux pour un sexe ».

Ainsi, les différences que nous avons observées entre le groupe des personnes s'identifiant comme bisexuelles et les autres risquent fort d'être accrues dans de futures recherches qui pourraient comparer les personnes bisexuelles aux personnes hétérosexuelles uniquement. Des recherches futures devraient utiliser de très grands échantillons afin d'utiliser les catégories initiales des échelles pour mesurer le lien entre les dimensions de l'orientation et la santé mentale.

Aussi, rappelons que, contrairement aux études de population citées dans notre contexte théorique, notre méthode de recrutement a ciblé uniquement des personnes endossant au moins une des dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle. Nous avons effectué l'ensemble de nos analyses à partir de ce même échantillon dans lequel des sous-groupes servaient tour à tour de groupe de comparaison. À priori, l'ensemble des participants à notre étude constitue un groupe vulnérable en raison du fait d'endosser au moins une dimension de l'orientation sexuelle bisexuelle. L'absence de groupe de comparaison exclusivement homosexuel ou hétérosexuel pour une dimension donnée doit être prise en considération dans la lecture de nos interprétations puisqu'elle limite la comparaison de nos résultats de recherche à ceux des études recensées dans notre contexte théorique ayant utilisé ces groupes de comparaison. Or, il est possible que nos résultats montrent une moins

grande variabilité que les études ayant comparé des personnes bisexuelles à des personnes hétérosexuelles en fonction par exemple des comportements uniquement. Si peu de dimensions de l'orientation sexuelle permettent de faire émerger des liens directs entre bisexualité et santé mentale, nos résultats montrent par ailleurs que la considération des facteurs de vulnérabilité et de résilience permet de faire émerger des liens en distinguant des sous-groupes plus vulnérables.

4.2.2 Liens indirects (modérateurs) entre les dimensions de l'orientation sexuelle et la santé mentale

Est-ce que des facteurs de vulnérabilité et de résilience affectent la capacité de certaines dimensions de l'orientation sexuelle à faire émerger des liens entre bisexualité et santé mentale?

Tel qu'attendu, certains facteurs de vulnérabilité et de résilience permettent effectivement de faire émerger des liens entre bisexualité et santé mentale. L'hypothèse de Meyer (2003) à cet égard est confirmée dans nos résultats. En effet, le niveau de malaise des participants à l'égard de leur orientation sexuelle permet de faire émerger un lien entre l'identité bisexuelle et la perception de sa santé mentale. Aussi, nos résultats montrent que le sexe des participants permet, chez les hommes, de faire émerger un lien entre l'identité bisexuelle et la perception de sa santé mentale ainsi qu'un lien entre les sentiments amoureux et la consommation d'alcool et de drogues. Chez les femmes, il révèle un lien entre les sentiments amoureux et le niveau de détresse psychologique.

4.2.2.1 Niveau de malaise à l'égard de son orientation sexuelle comme facteur modérateur

Plus particulièrement, nos analyses révèlent que le niveau de malaise à l'égard de son orientation sexuelle constitue un facteur de vulnérabilité qui permet de faire émerger un lien entre la dimension identitaire de la bisexualité et la perception de sa santé mentale. Conformément à notre hypothèse, chez les répondants qui éprouvent un niveau de malaise élevé à l'égard de leur orientation sexuelle, ceux qui s'identifient comme bisexuels rapportent une perception moins favorable de leur santé mentale que les autres. Si des études montrent que les personnes bisexuelles sont moins confortables face à leur sexualité (p. ex., Warner *et al.*, 2004) et éprouvent davantage de confusion face à leur orientation sexuelle (p. ex., Balsam et Mohr, 2007), nos résultats montrent que, parmi les personnes qui s'identifient comme bisexuelles, un sous-groupe se distingue par un niveau élevé de malaise à l'égard de leur orientation sexuelle et semble plus vulnérable quant à la perception de sa santé mentale. Tel que mentionné par Fox (1991) et Ochs (1996), l'intériorisation des attitudes négatives à l'égard de la bisexualité peut affecter le bien-être psychologique en créant un impact qui s'ajoute à celui des expériences réelles de discrimination que peuvent vivre les personnes de minorités sexuelles.

4.2.2.2 Le sexe comme facteur modérateur

Nos résultats montrent également que le sexe des participants constitue un facteur exacerbant le lien entre bisexualité et santé mentale suggérant que l'expérience réelle et/ou subjective des hommes et des femmes bisexuels est différente. Plus précisément, notre hypothèse d'une grande vulnérabilité des personnes s'auto-identifiant comme bisexuelles notamment quant à la perception de leur santé mentale est confirmée uniquement chez les hommes : ceux qui s'identifient comme bisexuels rapportent une perception moins favorable de leur santé mentale

que les hommes non-bisexuels. Il est possible que les pressions sociales soient plus fortes à l'égard des hommes pour qu'ils se conforment aux rôles de genre traditionnels et soient moins tolérantes envers l'homosexualité masculine qu'envers l'homosexualité féminine (Herek, 2002; Kite et Whitley, 2003).

Dans le même sens, l'analyse qualitative des entrevues menées par Médico, Lévy, Otis, Laroche et Lavoie (2003) auprès de personnes ayant des comportements sexuels avec des hommes et des femmes ou se reconnaissant comme bisexuels montre que les préjugés perçus envers la bisexualité varient en fonction du sexe des répondants, les hommes rapportant être plus stigmatisés que les femmes. Plusieurs auteurs rapportent que, suite à l'épidémie du VIH/Sida, les hommes bisexuels ont été considérés comme des responsables de la propagation du virus chez les personnes hétérosexuelles (Kennedy et Doll, 2001). Dans une étude d'Eliaison (1997) sur la biphobie chez les personnes hétérosexuelles, 30 % des répondants étaient d'accord avec cette hypothèse responsabilisant les hommes bisexuels. Il est possible que ces pressions sociales affectent plus négativement la perception des hommes que des femmes de leur santé mentale et/ou que les hommes soient moins outillés que les femmes pour composer avec ces pressions.

Dans le même sens, nos résultats montrent que chez les hommes seulement, ceux qui déclarent des sentiments amoureux bisexuels sont plus nombreux que les autres à rapporter avoir consommé de l'alcool et de la drogue au cours de la dernière année. Il se peut que la consommation constitue pour les hommes une stratégie de gestion du stress lié au fait d'éprouver des sentiments amoureux pour deux personnes et/ou de vivre deux relations amoureuses en même temps. Il est aussi possible que les hommes qui vivent ainsi à l'encontre d'une culture prônant l'exclusivité amoureuse, constituent un groupe défiant un ensemble de normes incluant celles concernant la consommation d'alcool/drogues.

La considération du sexe comme facteur révélateur d'un lien entre bisexualité et santé mentale a aussi permis d'observer un lien entre les sentiments amoureux et la détresse psychologique, mais uniquement chez les femmes : celles qui déclarent des sentiments amoureux bisexuels rapportent des degrés plus élevés de détresse psychologique que les autres. Il est possible que les hommes et les femmes gèrent différemment les réalités liées au fait d'être à la fois amoureux des hommes et des femmes. Tel que nous l'avons déjà évoqué, les femmes de notre échantillon sont beaucoup moins nombreuses que les hommes à rapporter vivre actuellement une relation amoureuse à la fois avec un homme et une femme. Les pressions sociales liées aux préjugés d'infidélité ou aux relations polygames sont probablement plus fortes à l'égard des femmes que des hommes, affectant donc peut-être davantage le bien-être psychologique des femmes qui sont amoureuses de deux personnes de sexe différent.

En raison de la taille restreinte de notre échantillon, il n'a pas été possible de vérifier les triples interactions entre les dimensions de l'orientation sexuelle, les facteurs de vulnérabilité et de résilience et le sexe. Il est possible que le fait d'être victime de discrimination fasse émerger le lien entre bisexualité et les variables de santé mentale pour un sexe plutôt que pour l'autre. Bien que les résultats de plusieurs études ne montrent pas de différence importante de prévalences de bisexualité entre les hommes et les femmes, les résultats de recherches suggèrent par ailleurs que leur expérience est différente (p. ex., Médico *et al.*, 2003). Les préjugés spécifiques aux hommes et aux femmes qui endossent une des dimensions de la bisexualité pourraient influencer le lien entre les dimensions de l'orientation sexuelle et les différentes variables de santé mentale. Par exemple, à la lumière des préjugés défavorables à l'égard de la bisexualité masculine, il est possible que les hommes qui s'identifient comme bisexuels soient davantage exposés à la discrimination que les femmes qui s'identifient comme bisexuelles ce qui pourrait entraîner une augmentation des niveaux de détresse psychologique. Par contre, les femmes bisexuelles, socialement

condamnées pour une sexualité considérée comme débridée pourraient aussi rapporter davantage de détresse psychologique. Selon l'étude de Médico et ses collègues sur la bisexualité (2003), les hommes bisexuels rapportent être souvent perçus comme homosexuels en transition alors que les femmes bisexuelles rapportent être souvent considérées comme des femmes hétérosexuelles hypersexualisées. En considération des recherches qui montrent que la nature des préjugés biphobiques diffère à l'endroit des hommes et des femmes, des études futures utilisant des échantillons plus larges pourraient évaluer les différences de genre concernant l'impact spécifique de la discrimination sur le lien entre l'orientation sexuelle et la santé mentale.

4.2.2.3 Discrimination perçue, dévoilement de ses attirances sexuelles et soutien

Dans notre étude, le malaise à l'égard de son orientation sexuelle comme facteur de vulnérabilité affectant la capacité des dimensions de l'orientation sexuelle à montrer un lien entre la bisexualité et la santé mentale constitue davantage un facteur de stress proximal défini selon le continuum distal-proximal proposé par Meyer (2003). En effet, la discrimination, considérée comme un stressor distal, ne constitue pas dans nos résultats un facteur modérateur du lien entre la bisexualité et la santé mentale, peu importe la dimension de l'orientation sexuelle utilisée comme mesure. Il est possible que la présence réelle de discrimination ne soit pas nécessaire pour affecter le bien-être des participants et que la considération des facteurs liés à l'anticipation de la stigmatisation et à l'intériorisation des attitudes sociales négatives à l'égard de la bisexualité permette davantage de distinguer les personnes bisexuelles les plus vulnérables. Par ailleurs, il est également possible que notre mesure de discrimination ne soit pas suffisamment sensible pour détecter les manifestations discriminatoires qui affectent les personnes bisexuelles. Ainsi, des recherches futures qualitatives pourraient évaluer plus précisément la nature des pressions sociales auxquelles sont exposées les personnes bisexuelles et ce, en fonction de leur situation amoureuse actuelle. Il est possible que les personnes bisexuelles vivant en relation

avec un partenaire du même sexe ou qui vivent en relation avec deux personnes soient confrontées à des pressions sociales qualitativement et quantitativement différentes que les personnes vivant en relation avec une personne de l'autre sexe.

Le dévoilement des attirances bisexuelles ne constitue pas non plus un facteur affectant les liens entre les dimensions de l'orientation sexuelle et la santé mentale. Précisons que, dans notre étude, nous avons évalué le dévoilement des attirances sexuelles plutôt que le dévoilement des comportements sexuels. Il est possible que le dévoilement des comportements ou encore d'une relation ou de plusieurs relations avec des personnes des deux sexes puissent davantage affecter le lien entre les dimensions de la bisexualité et la santé mentale en raison des réactions de l'entourage qui pourraient être plus sévères à l'égard des comportements et des relations bisexuels plutôt que des simples attirances. Ainsi, des recherches futures pourraient préciser la nature du dévoilement pour mieux en saisir l'impact sur la santé mentale.

Nos analyses révèlent également que le soutien ne constitue pas un facteur affectant la capacité des différentes dimensions de l'orientation sexuelle à faire émerger des liens entre bisexualité et santé mentale. Notons que notre mesure de soutien ne constitue pas une mesure spécifique du soutien face aux difficultés liées directement à l'orientation sexuelle. Il est possible qu'avec l'utilisation d'un tel instrument de mesure, la considération du soutien comme facteur modérateur puisse modifier la capacité des dimensions de l'orientation sexuelle à faire émerger un lien entre bisexualité et santé mentale. Des recherches futures pourraient évaluer plus précisément ce type de soutien.

D'autres variables de vulnérabilité et de résilience pourraient aussi être considérées dans l'analyse du lien entre bisexualité et santé mentale dans de futures recherches. À la lumière des résultats de recherche qui montrent un lien entre le statut sérologique et la détresse psychologique (Mills, Paul, Stall, Pollack, Canchola, Chang

et al. 2004; Cochran et Mays, 2009) et la consommation de drogues (Stall, Paul, Greenwood, Pollack, Bein, Crosby *et al.*, 2001), des études futures pourraient aussi considérer le fait d'être séropositif comme un facteur de vulnérabilité pouvant affecter le niveau de détresse psychologique et la perception de sa santé mentale.

4.3 Limites

Outre les limites méthodologies discutées précédemment, rappelons d'entrée de jeu que, dans la présente étude, nous avons procédé par échantillonnage de convenance en ciblant spécifiquement des personnes bisexuelles sur au moins une dimension de l'orientation sexuelle et qu'à ce titre, il n'est pas possible de déterminer si cette étude est représentative de l'ensemble des personnes bisexuelles. Contrairement aux études de population, par notre recrutement, nous avons ciblé uniquement des personnes bisexuelles, c'est-à-dire des personnes endossant au moins une des dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle. À cet égard, malgré la diversité des stratégies de recrutement que nous avons utilisées, le groupe de personnes ayant des comportements sexuels avec les deux sexes, mais ne s'identifiant pas comme bisexuelles demeure sous-représenté dans notre échantillon. À la lumière des résultats de recherches qui montrent que les personnes dont les comportements sexuels et l'identité ne sont pas concordants s'exposent à davantage de risques (p. ex., Cochran et Mays, 2009; Doll et Beeker, 1996; Centers for Disease Control and Prevention, 1993) ces données soulignent l'importance pour les recherches futures de développer des stratégies de recrutement permettant de mieux cibler ce sous-groupe.

La sous-représentation des personnes de minorités culturelles dans notre échantillon constitue également une limite importante. Puisque les personnes de minorités culturelles vivent souvent dans un contexte où le groupe culturel de référence exerce de fortes pressions à la conformité de genre, donc à l'hétérosexualité, il est possible que les prévalences de bisexualité comportementale

non concordante à une bisexualité identitaire soient plus élevées dans ces groupes que dans les groupes culturellement majoritaires. Dans sa revue de littérature sur les intersections entre appartenances ethnoculturelles et d'orientation sexuelle, Martin Blais (2008) souligne la variabilité de la distribution des orientations sexuelles et des taux de concordance entre la dimension identitaire et comportementale dans les études utilisant des groupes ethnoculturels minoritaires et majoritaires. Il rapporte que, selon certains auteurs, les individus appartenant à des statuts minoritaires multiples pourraient être exposés à des stress cumulés (Bowleg *et al.*, 2003), mais que, par ailleurs, d'autres auteurs remettent en question cet effet cumulatif en soutenant que certaines stratégies de gestion du stress acquises par l'expérience d'une appartenance à un groupe minoritaire peuvent faciliter la gestion du statut minoritaire associé à d'autres contextes (Parks, Hughes et Matthews, 2004; Williams, Yu, Jackson et Anderson, 1997). Blais (2008) souligne, d'une part, la difficulté dans les études à bien définir les catégories d'orientation sexuelle et d'appartenance ethnoculturelle et, d'autre part, l'importance dans des recherches futures d'isoler des groupes cumulant des identités minoritaires à des groupes cumulant des identités majoritaires pour être en mesure de bien évaluer le phénomène d'intersection.

Comme plusieurs recherches sur les minorités sexuelles, la sous-représentation des personnes vivant hors des agglomérations urbaines dans notre échantillon est aussi à prendre en considération. Dans leur étude qualitative menée auprès de 40 personnes gaies et lesbiennes vivant dans des régions non métropolitaines du Québec, Chamberland et Paquin (2007) mettent en lumière les spécificités régionales caractérisant les stratégies identitaires des personnes gaies et lesbiennes. L'examen du discours des participants interviewés révèle notamment les difficultés à préserver l'anonymat dans un contexte où il est difficile de préserver les frontières entre les sphères de vie publique et privée. Ainsi, les personnes gaies et lesbiennes se voient souvent limitées dans les modalités de dévoilement de leur orientation sexuelle. En effet, si elles ne choisissent pas de la dissimuler entièrement,

la divulgation de leur orientation sexuelle entraîne souvent une large visibilité par l'échange rapide de l'information entre les membres de la communauté. Aussi, la faible densité démographique limite les occasions de rencontre et d'associations, l'isolement constituant un thème souvent évoqué par les participants de cette étude. Les réalités vécues par les personnes de minorités sexuelles vivant en dehors des grands centres urbains soulèvent l'importance d'étudier les facteurs de résilience et de vulnérabilité propres à ces personnes et plus particulièrement pour les personnes bisexuelles dont on connaît encore bien peu l'expérience.

Aussi, étant donné le nombre limité d'études réalisées auprès de la population spécifiquement bisexuelle, peu d'outils ont été développés pour évaluer leurs réalités. Pour ce faire, nous avons dû modifier certains questionnaires développés pour les personnes gaies et lesbiennes. Nous n'avons pas les conditions nécessaires pour valider les propriétés psychométriques des instruments nouvellement adaptés. L'absence d'outils d'évaluation élaborés spécifiquement pour les personnes bisexuelles témoigne de la nécessité d'effectuer des recherches qualitatives pour mieux comprendre les réalités de ce sous-groupe et être ainsi mieux en mesure de valider le contenu des outils de mesure.

Une autre limite repose sur le fait qu'il nous a été impossible d'évaluer le lien entre les différents patrons de concordance entre les dimensions de l'orientation sexuelle et les variables de santé mentale. Il est possible que l'addition des dimensions de l'orientation sexuelle bisexuelle soit associée à des risques accrus. Par exemple, il se peut qu'à la discrimination bisexuelle associée à l'identité bisexuelle puissent s'ajouter les risques associés à l'adoption de comportements sexuels bisexuels.

Finalement, à la différence d'autres études sur la bisexualité telles que celles menées par Mendès-Leite et ses collègues (1996), Deschamps (2002) et Médico et ses

collègues (2003), nous avons utilisé une méthodologie quantitative, laquelle présente certaines limites. En effet, l'utilisation de questionnaires à choix multiples plutôt que d'un entretien utilisant des questions plus ouvertes ou semi-structurées restreint la diversité et la richesse des réponses. En ce qui concerne la description de l'échantillon en fonction des différentes dimensions de l'orientation sexuelle, l'addition d'une approche qualitative nous permettrait d'évaluer l'importance perçue des différentes dimensions de l'orientation sexuelle dans la conception de soi des participants. L'utilisation d'entrevues nous permettrait de mieux évaluer cet aspect et d'identifier les différents modes de divulgation de l'orientation sexuelle selon les contextes, les appréhensions ou les motivations des participants. L'émergence de nouvelles dimensions au moyen d'analyses qualitatives nous permettrait par exemple de bonifier les analyses quantitatives en évaluant si ces nouvelles dimensions modèrent le lien entre l'auto-identification et santé. Par exemple, dans l'analyse des liens entre les dimensions de l'orientation sexuelle et la santé mentale, il est possible que l'importance accordée à l'identité bisexuelle dans la conception de soi puisse modérer le lien entre l'auto-identification et la santé mentale.

De plus, si la présente étude ne nous a pas permis d'évaluer le lien entre la concordance entre les dimensions de l'orientation sexuelle et la santé, une approche qualitative de cette question nous permettrait d'évaluer notamment si la perception de la concordance affecte davantage la santé mentale que la concordance objective entre ces dimensions. Dans le même sens, une approche qualitative nous permettrait de mieux identifier la nature des variables de vulnérabilité et de résilience telles que les expériences discriminatoires vécues par les participants que notre instrument de mesure n'a peut-être pas pu identifier. Finalement, une approche qualitative nous permettrait d'évaluer la perception des participants du rôle des différentes dimensions de leur orientation sexuelle dans l'explication de leurs problèmes de santé mentale.

CONCLUSION

À travers le processus de démedicalisation de l'homosexualité, les orientations sexuelles ont été progressivement repensées et décloisonnées de leurs catégories initiales opposant une homosexualité exclusive à une hétérosexualité exclusive, permettant ainsi la considération de la bisexualité comme une orientation sexuelle distincte. Parallèlement, l'abandon du paradigme pathologique de l'homosexualité a ouvert la voie à l'étude des facteurs exogènes pouvant expliquer les difficultés vécues par les personnes homosexuelles et bisexuelles pouvant affecter leur santé psychologique engendrant des modifications dans les modes d'intervention clinique auprès de cette population. C'est dans la continuité de ces transformations sociales et théoriques que s'inscrit la présente thèse.

Notre étude figure parmi les rares recherches à s'être intéressée spécifiquement aux réalités de personnes bisexuelles adultes définies selon leur auto-identification, leurs comportements sexuels, leurs attirances sexuelles et leurs sentiments amoureux. À notre connaissance, elle est l'une des premières à étudier le lien entre l'orientation sexuelle bisexuelle et la santé mentale en utilisant une mesure de l'orientation sexuelle basée sur quatre dimensions. À cet égard, tout en reconnaissant la limite de notre échantillonnage, l'une des premières contributions de cette thèse est la mise en lumière des prévalences de bisexualité variant en fonction des dimensions de l'orientation sexuelle utilisées pour les évaluer. Par exemple, si nos résultats montrent des prévalences très élevées de bisexualité en fonction des attirances sexuelles, ils révèlent par ailleurs des prévalences beaucoup plus faibles pour les sentiments amoureux. Par la même occasion, la présente étude montre les différents patrons de concordances entre les dimensions de l'orientation sexuelle révélant ainsi la pluralité des modes d'expression de la bisexualité et l'hétérogénéité de ce groupe sexuel minoritaire dit bisexuel.

Une deuxième contribution de la présente étude est la mise en lumière de l'importance du choix des mesures de l'orientation sexuelle dans l'étude de la santé mentale des personnes de minorités sexuelles. Nos résultats ont montré que certaines dimensions sont plus sensibles que d'autres pour identifier des sous-groupes à risque sur différentes variables de santé mentale. Il semble en effet que certains modes d'expression de la bisexualité soient associés à des profils de risques distincts. Si l'utilisation de la dimension des attirances sexuelles nous est apparue peu pertinente comme mesure de l'orientation sexuelle en raison des fortes proportions de participants qui l'endossent, l'évaluation de l'auto-identification semble efficace pour cibler les personnes les plus à risque de consommation d'alcool et de drogues. Notre étude révèle également la pertinence de considérer les sentiments amoureux dans l'étude de la santé mentale des minorités sexuelles lorsque certaines conditions de vulnérabilités sont prises en considération.

Finalement, la présente thèse aura montré la pertinence de considérer des facteurs de vulnérabilité et de résilience individuels et environnementaux dans l'étude du lien entre bisexualité et santé mentale. Plus particulièrement, nos résultats ont montré que le malaise à l'égard de son orientation sexuelle et le sexe constituent des facteurs permettant de cibler des sous-groupes plus à risque, soulignant ainsi que la diversité des expériences vécues par les personnes bisexuelles définies selon l'auto-identification, les comportements sexuels et les sentiments amoureux.

Rappelons que ces résultats doivent être considérés à la lumière des limites de la présente étude. La taille restreinte de l'échantillon ayant obligé le regroupement des réponses des participants et l'absence de groupes de comparaison indépendants constituent les principales limites à travers lesquels les résultats doivent être interprétés.

En amont de la présente étude, des recherches futures utilisant une méthodologie qualitative devraient être favorisées pour mieux saisir la complexité des identités, des attirances, des sentiments et des comportements, pour mieux comprendre leurs liens à la santé mentale et pour mieux définir la nature des facteurs de vulnérabilité et de résilience qui affectent le bien-être psychologique des personnes bisexuelles. Ces recherches pourraient contribuer à modifier ou à valider les instruments de mesures existants. En aval, des recherches futures pourraient réévaluer les liens entre les dimensions de l'orientation sexuelle et la santé mentale en utilisant un large échantillon représentatif afin de pouvoir réaliser des comparaisons avec des groupes indépendants pour chaque dimension.

Passant des questions relatives à la méthode aux préoccupations relatives à l'intervention, si l'*American Psychiatric Association* (APA) retirait l'homosexualité de la liste des troubles mentaux il y a plus de 35 ans, la Division 44 de l'*American Psychological Association* considérait encore en 2000 l'importance d'émettre des recommandations à l'égard de l'évaluation et de l'intervention auprès des clients gais, lesbiennes et bisexuels en stipulant notamment que le psychologue comprend que l'homosexualité et la bisexualité ne constituent pas des indications de maladie mentale, que la stigmatisation sociale représente un risque pour la santé mentale et le bien-être des clients de minorités sexuelles, et que les personnes bisexuelles font face à des défis particuliers. À cet égard, plusieurs études ont questionné les attitudes des professionnels de la santé intervenant auprès des personnes de minorités sexuelles et montrent que des attitudes négatives et le manque de connaissances peuvent diminuer la capacité de l'intervenant à offrir un traitement efficace, soulignant ainsi l'importance de mieux former les intervenants aux réalités des personnes de minorités sexuelles (p. ex., Dworkin, 2001; Fassinger, 1991; Hancock, 1995; Philipps et Fischer, 1998, Mohr, Israel et Sedlacek, 2001; Kilgore, Sideman, Bohanske, Amin, et Baca, 2005). Des auteurs soulignent que malgré un intérêt croissant pour la bisexualité dans le domaine de la recherche, les intervenants demeurent encore peu

formés pour intervenir spécifiquement auprès des personnes bisexuelles (Phillips et Fischer, 1998).

Les résultats obtenus dans la présente étude soulignent l'importance de sensibiliser les intervenants de la santé à la complexité des réalités associées à la bisexualité notamment en prenant en considération l'hétérogénéité des modes d'expression de la bisexualité chez les personnes dites bisexuelles. L'évaluation de ces modes d'expression est d'autant plus importante que ceux-ci semblent exposer les personnes à des formes de risques distincts. Finalement, la présente étude encourage les intervenants à évaluer les conditions de vulnérabilité et de résilience individuelles et environnementales des personnes bisexuelles pour mieux évaluer et traiter leurs difficultés de santé mentale en lien avec leur orientation sexuelle. En somme, en mettant en lumière la complexité de la bisexualité, la présente étude invite les intervenants et les chercheurs à questionner leurs connaissances et leurs croyances à l'égard de la bisexualité et des personnes bisexuelles et à considérer les influences environnementales familiales, sociales et politiques dans leur compréhension des réalités vécues par les personnes bisexuelles.

APPENDICE A

Formulaire de consentement

**Département de psychologie
Université du Québec à Montréal**

Projet *b*

Formulaire de consentement

Les caractéristiques des personnes ayant des attirances pour les deux sexes et/ou ayant des comportements sexuels avec les hommes et les femmes et/ou s'identifiant comme bisexuel-le sont peu connues. La présente étude vise à mieux comprendre vos expériences individuelles et relationnelles.

Votre participation à cette étude implique que vous remplissiez un questionnaire portant principalement sur la façon dont vous percevez vos préférences sexuelles, sur le dévoilement de vos préférences sexuelles à votre entourage et sur votre bien-être. Dans une deuxième étape, selon les réponses aux questionnaires, certains participants peuvent être invités à participer à une entrevue individuelle semi-structurée portant sur différents aspects de leur vie individuelle et relationnelle liés à leur orientation sexuelle. Votre participation aux questionnaires ne vous engage absolument pas à participer à l'entrevue.

Vous demeurez libre de ne pas répondre à certaines questions du questionnaire et de cesser votre participation à tout moment et ce, sans justification ni pénalité d'aucune forme.

La durée de réponse aux questionnaires est évaluée à environ 45 minutes. Un montant de 10,00\$ vous sera remis lorsque vous remettrez le document dûment complété.

Si jamais vous ressentez un malaise en répondant aux questions et désirez obtenir de l'aide, vous pouvez contacter Mélissa Fortin, doctorante en psychologie (514-987-3000, poste 3968 ou fortin.melissa@courrier.uqam.ca). Cette personne vous donnera de l'information sur les services publics et privés disponibles dans la communauté. De même, si vous désirez obtenir de plus amples informations sur le projet de recherche, vous pouvez contacter Mme Fortin ou Dr. Danielle Julien, directrice de ce projet de recherche (514-987-3000, poste 3760 ou julien.danielle@uqam.ca).

Afin d'assurer l'anonymat des données, les questionnaires n'auront aucune information d'identification, sauf un numéro attribué pour la recherche. Les questionnaires seront la propriété exclusive du Laboratoire de Recherche sur la Famille et son Environnement et ne seront consultés que par les assistants de recherche chargés de leur l'analyse, ainsi que par la directrice du laboratoire. La liste de correspondance entre les noms et les numéros sera conservée sous clé et seul le

chercheur principal y aura accès. Les questionnaires seront détruits 5 ans après la fin de l'étude.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM. Si vous désirez obtenir des informations sur les responsabilités des chercheurs sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou formuler une plainte, vous pouvez contacter le comité départemental d'éthique de recherche avec des êtres humains au département de psychologie au 514 987-7953.

Cochez la case des énoncés que vous acceptez.

« *J'ai 18 ans et plus* »

« *J'ai lu la description de l'étude et je comprends ce qu'on attend de moi dans cette recherche. Je consens à **répondre au questionnaire** et je n'ai présentement aucune question à propos de mes tâches à accomplir* »

« *J'accepte que mes propos soient cités (sans que mon nom soit **divulgué**) dans le cadre de diffusion des résultats de la recherche ou aux fins de formation professionnelle* »

« *J'accepte qu'on entre en contact avec moi pour participer à la deuxième étape du projet de recherche en répondant à une entrevue individuelle* »

Par téléphone : _____

Par courriel : _____

« *Je **ne désire pas** participer à la deuxième étape du projet de recherche* »

Nom et prénom : _____ Date : _____

APPENDICE B

Questionnaire d'informations générales

INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Quel âge avez-vous? _____ ans
2. Quelle est votre origine ethnique/culturelle ? _____
3. Quelle langue parlez-vous le plus couramment à la maison ?
 - 1) Français
 - 2) Anglais
 - 3) Français et anglais
 - 4) Autre : _____
4. Dans quel type de région habitez-vous?
 - 1) Village ou rang
 - 2) Petite ville
 - 3) Ville moyenne
 - 4) Banlieue d'une grande ville
 - 5) Grande ville
5. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?
 - 1) Primaire
 - 2) Secondaire
 - 3) Collégial ou équivalent
 - 4) Universitaire
6. Quel est votre revenu annuel approximatif avant déduction d'impôt? Cochez tous les items qui s'appliquent.
 - 1) Moins de 10,000\$
 - 2) Entre 10,000\$ et 19,000\$
 - 3) Entre 20,000\$ et 29,000\$
 - 4) Entre 30,000\$ et 39,000\$
 - 5) Entre 40,000\$ et 49,000\$
 - 6) Entre 50,000\$ et 59,000\$
 - 7) 60,000\$ et plus
 - 8) Pas de salaire
 - 9) Assurance chômage
 - 10) Bien-être social

7. Avez-vous des enfants? **Si oui**, combien avez-vous d'enfants?

- 1) Non
2) Oui Nombre : _____

8. a) Quelle est votre situation conjugale actuelle ?

- 1) En relation de couple avec une femme, **avec** cohabitation
2) En relation de couple avec une femme, **sans** cohabitation
3) En relation de couple avec un homme, **avec** cohabitation
4) En relation de couple avec un homme, **sans** cohabitation
5) En relation à la fois avec un homme et une femme **sans** cohabitation
6) En relation à la fois avec un homme et une femme **avec** cohabitation
7) Autre : _____

8) Aucune relation conjugale présentement

APPENDICE C

Questionnaire d'évaluation de l'orientation sexuelle

VOTRE ORIENTATION SEXUELLE

Pour chacune des questions, choisissez l'item qui correspond le mieux à votre situation **actuelle**. Pour chaque question, cochez **une seule réponse**.

Au niveau de vos ATTIRANCES SEXUELLES

Vous êtes actuellement attiré sexuellement...

- a. **Toujours** par une femme
- b. **Beaucoup plus souvent** par une femme
- c. **Un peu plus souvent** par une femme
- d. **Aussi souvent** par une femme que par un homme
- e. **Un peu plus souvent** par un homme
- f. **Beaucoup plus souvent** par un homme
- g. **Toujours** par un homme
- h. Aucune attirance sexuelle

Au niveau de vos COMPORTEMENTS SEXUELS

Actuellement, vous avez des contacts sexuels...

- a. **Toujours** avec une femme
- b. **Beaucoup plus souvent** avec une femme
- c. **Un peu plus souvent** avec une femme
- d. **Aussi souvent** avec une femme qu'avec un homme
- e. **Un peu plus souvent** avec un homme
- f. **Beaucoup plus souvent** avec un homme
- g. **Toujours** avec un homme
- h. Aucun contact sexuel

Au niveau de vos SENTIMENTS AMOUREUX

Actuellement, vous avez des sentiments amoureux...

- a. **Toujours** pour une **femme**
- b. **Beaucoup plus souvent** pour une **femme**
- c. **Un peu plus souvent** pour une **femme**
- d. **Aussi souvent** pour une **femme** que pour un **homme**
- e. **Un peu plus souvent** pour un **homme**
- f. **Beaucoup plus souvent** pour un **homme**
- g. **Toujours** pour un **homme**
- h. **Aucun** sentiment amoureux

Au niveau de votre AUTO-IDENTIFICATION

Actuellement, vous vous identifiez comme...

- a. **Hétérosexuel**
- b. **Gai ou homosexuel**
- c. **Bisexuel**
- d. **Autre** : _____

APPENDICE D

Questionnaire sur les partenaires sexuels

Les prochaines questions portent sur votre sexualité et sont délicates et parfois très intimes. Nous vous demandons néanmoins d'y répondre le plus honnêtement possible.

Avez-vous déjà eu des relations sexuelles avec **un ou une** partenaire ?

- 1) **Oui**
- 2) **Non** Passez à la question **57**

Au cours des 12 derniers mois, avec combien de partenaires avez-vous eu des relations sexuelles?

- 1) Aucun-e partenaire
- 2) Un seul partenaire (homme)
- 3) Une seule partenaire (femme)
- 4) Plus d'un-e partenaire

APPENDICE E

Questionnaire sur les habitudes de consommation d'alcool et de drogues

Au cours des 12 derniers mois, quelle a été la fréquence de votre consommation de boissons alcoolisées? Cochez une seule réponse.

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1. chaque jour | <input type="checkbox"/> |
| 2. de 4 à 6 fois par semaine | <input type="checkbox"/> |
| 3. de 2 à 3 fois par semaine | <input type="checkbox"/> |
| 4. une fois par semaine | <input type="checkbox"/> |
| 5. une ou deux fois par mois | <input type="checkbox"/> |
| 6. moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/> |
| 7. jamais | <input type="checkbox"/> → |

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous êtes-vous enivré (bu avec excès, «paqueté», soûlé, pris une «brosse»)? _____ fois

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé les drogues suivantes sans prescription ou sans ordonnance? Si oui, à quelle fréquence ?

	Non	Oui	Nombre de fois au cours des 12 derniers mois
a. Marijuana (hachisch, pot, grass, weed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Amphétamines, stimulants, speed, ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Cocaïne, crack, free base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Heroïne (smack), morphine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. LSD (acide), mescaline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

APPENDICE F

Question sur la perception de la santé mentale

Si vous comparez votre santé mentale à celle des autres personnes de votre âge, diriez-vous qu'elle est en générale...

- 1) Excellente
- 2) Très bonne
- 3) Bonne
- 4) Moyenne
- 5) Mauvaise

APPENDICE G

Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique

Les énoncés suivants portent sur des problèmes que vous pouvez avoir vécus au cours du dernier mois.

Dites-nous à quelle fréquence ils vous ont affecté AU COURS DU DERNIER MOIS :

ENCERCLEZ LE CHIFFRE CORRESPONDANT À VOTRE RÉPONSE

	Jamais	Rarement	La moitié du temps	Souvent	Presque toujours
a. J'ai eu l'impression d'avoir gâché ma vie	1	2	3	4	5
b. J'ai manqué de confiance en moi	1	2	3	4	5
c. J'ai eu de la difficulté à faire face à mes problèmes	1	2	3	4	5
d. Je me suis dévalorisé, je me suis diminué	1	2	3	4	5
e. J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait	1	2	3	4	5
f. J'ai eu tendance à m'isoler, à me couper du monde	1	2	3	4	5
g. J'ai eu le sentiment d'être inutile	1	2	3	4	5
h. J'ai été arrogant et même « bête » avec le monde	1	2	3	4	5
i. J'ai été facilement irritable, j'ai réagi plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on m'a faits	1	2	3	4	5
j. J'ai été agressif pour tout et pour rien	1	2	3	4	5
k. J'ai perdu patience	1	2	3	4	5
l. J'ai été en conflit avec mon entourage	1	2	3	4	5
m. Je me suis senti triste	1	2	3	4	5
n. Je me suis senti déprimé ou « down »	1	2	3	4	5
o. Je me suis senti préoccupé, anxieux	1	2	3	4	5
p. Je me suis senti stressé, sous pression	1	2	3	4	5
q. J'ai manqué d'initiative en général, j'ai été moins fonceur	1	2	3	4	5
r. Je me suis senti désintéressé par les choses qui habituellement m'intéressent	1	2	3	4	5
s. Je n'avais plus le goût de faire quoi que ce soit	1	2	3	4	5
t. J'ai eu envie de tout lâcher, de tout abandonner	1	2	3	4	5
u. J'ai eu tendance à être moins réceptif aux idées ou aux opinions des autres	1	2	3	4	5
v. J'ai eu des difficultés à me concentrer sur quoi que ce soit	1	2	3	4	5

APPENDICE H

Questionnaire sur la discrimination perçue

Vous trouverez ci-dessous une liste **d'événements discriminatoires** qui peuvent ou non vous être arrivés. Indiquez à quelle fréquence vous avez vécu chacun des types de discrimination **en lien avec votre orientation sexuelle au cours de votre vie**.

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE À VOTRE RÉPONSE

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
a. Des gens ont agi comme s'ils pensaient que vous n'étiez pas aussi bon qu'eux en raison de votre orientation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Des gens ont agi comme si vous n'étiez pas intelligent en raison de votre orientation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Vous avez été traitée avec moins de respect que les autres personnes en raison de votre orientation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Vous avez été traitée avec moins de courtoisie que les autres personnes en raison de votre orientation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Des gens ont agi comme s'ils avaient peur de vous en raison de votre orientation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Vous avez eu un moins bon service que les autres personnes au restaurant ou au magasin en raison de votre orientation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Des gens ont agi comme si vous étiez malhonnête en raison de votre orientation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. On vous a crié des noms ou on vous a insulté en raison de votre orientation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Vous avez été menacée ou harcelée en raison de votre orientation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Vous vous êtes sentie jugée en raison de votre orientation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Des gens ont présumé que vous étiez ouvert à toutes sortes d'expériences sexuelles à cause de votre orientation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

l. Des gens ont prétendu que vous étiez une personne infidèle en raison de votre orientation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Des gens ont agi comme si vous étiez psychologiquement immature et instable en raison de votre orientation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Vous vous êtes sentie rejeté par des personnes hétérosexuelles en raison de vos attirances bisexuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Vous vous êtes sentie rejeté par des personnes homosexuelles en raison de vos attirances bisexuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Autre (spécifiez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPENDICE I

Questionnaire des craintes liées à la divulgation des
attirances sexuelles bisexuelles

Dites jusqu'à quel point les énoncés suivants ressemblent à ce que vous vivez concernant vos attirances sexuelles. Répondez par:

- (1) « très en désaccord »
- (2) « plutôt en désaccord »
- (3) « ni en accord, ni en désaccord »
- (4) « plutôt en accord »
- (5) « très en accord »

ENCERCLEZ LE CHIFFRE CORRESPONDANT À VOTRE

RÉPONSE

	désaccord				accord
a. Je me sens à l'aise d'être vu en public avec une personne identifiée comme homosexuelle ou bisexuelle.	1	2	3	4	5
b. J'ai peur d'être découvert dans mes attirances et mes comportements sexuels.	1	2	3	4	5
c. Mes parents n'acceptent pas ou accepteraient mal que j'aie des attirances ou des comportements sexuels bisexuels.	1	2	3	4	5
d. Je me sens à l'aise de discuter de bisexualité dans un contexte social public.	1	2	3	4	5
e. J'ai peur de dire aux autres que j'ai des attirances ou des comportements bisexuels.	1	2	3	4	5
f. J'ai peur d'exprimer ma vraie personnalité.	1	2	3	4	5
g. J'ai peur que certains de mes amis-es me rejettent s'ils apprennent que j'ai des attirances ou des comportements bisexuels.	1	2	3	4	5
h. Je n'ai pas le courage de dire à mes parents ce que je vis.	1	2	3	4	5
i. Je préfère limiter le nombre de personnes qui sont au courant de mes attirances sexuelles pour les hommes et les femmes	1	2	3	4	5
j. Je suis capable de parler de ma vie intime avec ma famille.	1	2	3	4	5
k. Je suis capable de parler de ma vie intime avec mes amis-es.	1	2	3	4	5
l. J'ai peur d'être rejeté.	1	2	3	4	5

APPENDICE J

Questionnaire des attitudes à l'égard de son orientation sexuelle

Répondez aux prochaines questions en indiquant **votre accord ou votre désaccord** en fonction de l'échelle suivante en encerclant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation :

- (1) « très en désaccord »
- (2) « plutôt en désaccord »
- (3) « ni en accord, ni en désaccord »
- (4) « plutôt en accord »
- (5) « très en accord »

Pour chaque énoncé, indiquez une seule réponse.

ENCERCLEZ LE CHIFFRE CORRESPONDANT À VOTRE RÉPONSE

	désaccord			accord	
a. J'aimerais que les hommes me laissent sexuellement indifférent.	1	2	3	4	5
b. J'aimerais que les femmes me laissent sexuellement indifférent.	1	2	3	4	5
c. J'ai essayé de cesser d'être attiré par les hommes en général.	1	2	3	4	5
d. J'ai essayé de cesser d'être attiré par les femmes en général.	1	2	3	4	5
e. Si on m'offrait la chance d'avoir des attirances sexuelles uniquement envers les femmes je l'accepterais.	1	2	3	4	5
f. Si on m'offrait la chance d'avoir des attirances sexuelles uniquement envers les hommes je l'accepterais.	1	2	3	4	5
g. Je sens que le fait d'être attiré sexuellement par les hommes est une anomalie pour moi.	1	2	3	4	5
h. Je sens que le fait d'être attiré sexuellement par les femmes est une anomalie pour moi.	1	2	3	4	5
i. Je sens que le fait d'être attiré sexuellement à la fois par les hommes et par les femmes est une anomalie pour moi.	1	2	3	4	5
j. J'aimerais recevoir de l'aide professionnelle afin de cesser d'être attiré par les hommes	1	2	3	4	5
k. J'aimerais recevoir de l'aide professionnelle afin de cesser d'être attiré par les femmes .	1	2	3	4	5
l. J'aimerais recevoir de l'aide professionnelle afin d'être attiré seulement par un sexe.	1	2	3	4	5

APPENDICE K

Questionnaire sur l'acceptation de son orientation sexuelle

Depuis les trois derniers mois, lorsque vous pensez à vos attirances sexuelles, est-ce qu'il vous arrive de ressentir les choses suivantes ? Répondez par :

- (1) « jamais »
- (2) « rarement »
- (3) « quelque fois »
- (4) « souvent »
- (5) « très souvent »

ENCERCLEZ LE CHIFFRE CORRESPONDANT À VOTRE RÉPONSE

	Jamais			Très souvent	
a. Je me sens mêlé par rapport à ma sexualité.	1	2	3	4	5
b. Je pense que c'est correct d'être ce que je suis.	1	2	3	4	5
c. Je me sens mal dans ma peau.	1	2	3	4	5
d. J'ai du mal à admettre ce que je vis.	1	2	3	4	5
e. Je pense que même si je pouvais changer mon orientation sexuelle, je garderais la même.	1	2	3	4	5
f. Je pense que je suis anormal.	1	2	3	4	5
g. Je m'accepte comme je suis.	1	2	3	4	5
h. Je pense que ce serait plus simple d'avoir des attirances sexuelles uniquement envers les femmes .	1	2	3	4	5
i. Je pense que ce serait plus simple d'avoir des attirances sexuelles uniquement pour les hommes .	1	2	3	4	5
j. Je me sens coupable d'avoir les sentiments que j'ai.	1	2	3	4	5
k. Je me sens à l'aise avec le fait d'avoir des attirances sexuelles pour les femmes .	1	2	3	4	5
l. Je me sens à l'aise avec le fait d'avoir des attirances sexuelles pour les hommes .	1	2	3	4	5
m. Je me sens à l'aise avec le fait d'avoir des attirances sexuelles à la fois pour les hommes et les femmes .	1	2	3	4	5

APPENDICE L

Questionnaire du dévoilement des attirances sexuelles bisexuelles

Parmi chacune des personnes de la liste qui suit, indiquez **jusqu'à quel point elles sont au courant que vous êtes attiré sexuellement à la fois par les femmes et les hommes.**

Répondez par un des 4 énoncés suivants :

- (1) « Je suis certain qu'il (elle) le sait et nous en avons parlé »
- (2) « Je suis certain qu'il (elle) le sait mais nous n'en avons jamais parlé »
- (3) « Probablement qu'il (elle) le sait ou s'en doute »
- (4) « Il (elle) ne le sait pas ou ne s'en doute pas »

Si la situation ne s'applique pas pour vous, encerclez NA

ENCERCLEZ LE CHIFFRE CORRESPONDANT À VOTRE RÉPONSE

	1	2	3	4	NA
a. mon père	1	2	3	4	NA
b. ma mère	1	2	3	4	NA
c. la majorité de mes frères et sœurs	1	2	3	4	NA
d. la majorité des autres membres de ma famille	1	2	3	4	NA
e. mon ou mes partenaires amoureux-ses et/ou sexuels-les	1	2	3	4	NA
f. la majorité de mes amis hétérosexuels-les	1	2	3	4	NA
g. la majorité de mes amis gais et lesbiennes	1	2	3	4	NA
h. la majorité de mes amis-es bisexuels-les	1	2	3	4	NA
i. la majorité de mes collègues au travail ou à l'école	1	2	3	4	NA
j. mon employeur	1	2	3	4	NA
k. mon médecin	1	2	3	4	NA

APPENDICE M

Échelle de soutien social perçu

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3^{ième} édition), Washington, DC.
- American Psychological Association Division 44 / Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns Joint Task Force on Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients (2000). « Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients », *American Psychologist*, vol. 55, n° 12, p. 1440-1451.
- Amestoy, M. M. (2001). « Research on Sexual Orientation Label's Relationship to Behaviors and Desires », *Journal of bisexuality*, vol. 1, n° 4, p. 91-113.
- Angelides, S. (2001). *A history of bisexuality*, Chicago and London, The University of Chicago Press.
- APA Task Force on Gender Identity and Gender Variance (2008). *Report of the task force on gender identity and gender variance*, Washington, American Psychological Association.
- Ariès, P. (1982). « Réflexion sur l'histoire de l'homosexualité », dans P. Ariès et A. Bejin (dir.), *Sexualités occidentales, Communications*, vol. 35, Paris, Points Seuil, p. 81-96.
- Assemblée nationale du Québec (1975, 27 juin). *Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q. C-12)*. Publications du Québec. Sur le site Internet : <http://www.cdpdj.qc.ca/fr/commun/docs/charte.pdf> (dernière mise à jour 27 juillet 2009).
- Bailey, J.M. (1999). « Homosexuality and mental illness », *Archives of general psychiatry*, vol. 56, n° 10, p. 883-884.
- Balsam, K.F., T.P., Beauchaine, R.M. Mickey et E.D. Rothblum (2005). « Mental Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Heterosexual Siblings: Effects of Gender, Sexual Orientation and Family », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 114, n° 3, p. 471-476.
- Balsam, K.L. et J.J. Mohr (2007). « Adaptation to sexual orientation stigma : a comparison of bisexual and lesbian/gay adults », *Journal of counseling psychology*, vol. 54, n° 3, p. 306-319.

- Beauchamp, D.L. (2008). « L'orientation sexuelle et la victimisation ». *Statistique Canada*. N° 85F0033M au catalogue, n° 16.
- Bem, S. (1974). « The measurement of psychological androgyny », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 42, n° 2, p. 155-162.
- Bem, S., W. Martyna et C. Watson (1976). « Sex typing and androgyny : Further explorations of the expressive domain », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 34, n° 5, p. 1016-1023.
- Berscheid, E. (2010). « Love in the Fourth Dimension », *Annual Review of Psychology*, vol. 61, n° 1, p. 1-25.
- Blais, M. (2008). « Intersection des appartenances ethnoculturelles et d'orientation sexuelle », dans B.S. Brotman et J.J. Lévy (dir.), *Intersections : Cultures, sexualités et genres*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 19-51.
- Blumstein, P.W. et P. Schwartz (1977). « Bisexuality : Some social psychological issues », *Journal of Social Issues*, vol. 33, n° 2, p. 30-45.
- Blumstein, P.W. et P. Schwartz (2000). « Bisexuality : Some social psychological issues », dans P.C.R. Rust (dir.) *Bisexuality in the United States : A Social Science Reader*, Columbia University Press, New York, p. 339-351.
- Blumstein, P.W. et P. Schwartz (1976). « Bisexuality in women », *Archives of Sexual Behavior*, vol. 5, n° 2, p. 171-181.
- Borrillo, D. et D. Colas (2005). *L'homosexualité de Platon à Foucault. Anthologie critique*, Paris, Plon.
- Bos, H.M.W., T.G.M. Sandfort, E.H. de Bruyn, E. Hakvoort et M. Esther (2008). « Same-sex attraction, social relationships, psychosocial functioning, and school performance in early adolescence », *Developmental Psychology*, vol. 44, n° 1, p. 59-68.
- Bowleg, L., J. Huang, K. Brooks, A. Black et G. Burkholder (2003). « Triple Jeopardy and Beyond : Multiple Minority stress ans Resilience Among Black Lesbians », *Journal of Lesbian Studies*, vol. 7, n° 4, p. 87-108.
- Bringaze, T. B. et L. J. White (2001). « Living out proud: Factors contributing to healthy identity development in lesbian leaders », *Journal of Mental Health Counseling*, vol. 23, n° 2, p. 162-173.

- Burgard, S.A., S.D. Cochran et V.M. Mays (2005). « Alcohol and tobacco use patterns among heterosexually and homosexually experienced California Women », *Drug and alcohol and Dependence*, vol. 77, n°1, p. 61-70.
- Cabaj, R.P. (1996). « Substance abuse in gay men, lesbians, and bisexuals », dans R.P. Cabaj et T.S. Stein (dir.), *Textbook of homosexuality and mental health*, Washington DC, US, American Psychiatric Association, p.783-799.
- Cass, V. C. (1990). « The Implication of Homosexual Identity Formation for the Kinsey Model and Scale of Sexual Preference », dans S.A.S. McWhirter et J.M. Reinisch (dir.), *Homosexuality/Heterosexuality: Conception of Sexual Orientation*, New York, Oxford, p. 239-266.
- Cass, V.C. (1979). « Homosexuality identity formation : a theoretical model », *Journal of homosexuality*, vol. 4, n° 3, p. 219-235.
- Ceccarelli, P.R. (2002). « Bisexualité », dans A. De Mijolla (dir.), *Dictionnaire International de la Psychanalyse*, Paris, Calmann-Lévy, vol. 1, p. 210-212.
- Centers for Disease Control and Prevention (1993). « Condom Use and Sexual Identity among Men Who Have Sex with Men – Dallas 1991 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 42, n°1, p. 13-14.
- Chamberland, L. et J. Paquin (2007). « Les stratégies identitaires des lesbiennes et des gais vivant dans des régions non métropolitaines du Québec », dans D. Julien et J.J. Lévy (dir.), *Homosexualités : Variations régionales*, Québec : Presses de l'Université du Québec, p. 13-38.
- Chauncey, G. (2002). « Après Stonewall, le déplacement de la frontière entre le « soi » public et le « soi » privé », *Histoire et Sociétés*, n° 3, p. 45-59.
- Chung, Y.B. et M. Katayama (1996). « Assessment of sexual orientation in lesbian/gay/bisexual studies », *Journal of Homosexuality*, vol. 30, n° 4, p. 49-64.
- Clermont, M. et Y. Lacouture (2000). « Orientation sexuelle et santé », dans C. Daveley (dir.), *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, *Institut de la Statistique du Québec*, p. 219-230.
- Clifford, P.R., E.W. Edmundson, K.R. William et B.G. Dodd (1991). « Drug use and life satisfaction among college students », *International Journal of the Addictions*, vol. 26, n° 1, p. 45-53.

- Cochran, S.D. (2001). « Emerging issues in research on lesbians' and gay men's mental health : Does sexual orientation really matter? », *American Psychologist*, vol. 56, n°11, p. 931-947.
- Cochran, S.D. et V.M. Mays (2007). « Physical Health Complaints Among Lesbians, Gay Men, and Bisexual and Homosexually Experienced Heterosexual Individuals: Results from the California Quality of Life Survey », *American Journal of Public Health*, vol. 97, n° 6, p.1-8.
- Cochran, S.C. et V.M. Mays (2009). « Burden of Psychiatric Morbidity Among Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals in the California Quality of Life survey », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 118, n° 3, p. 647-658.
- Colcher, R.W. (1982). « Counseling the homosexual alcoholic », *Journal of homosexuality. Special issue : Alcoholism & homosexuality*, vol. 7, n° 4, p. 43-52.
- Coleman, E. (1982). « Developmental stages of the coming out process », *Journal of homosexuality. Special issue : Homosexuality & psychotherapy*, vol. 7, n° 2-3, p. 31-43.
- Crocker, J. et D. M. Quinn (2000). « Social stigma and the self: Meanings, situations, and self-esteem », dans T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, et J. G. Hull (dir.), *The social psychology of stigma*, New York, Guilford Press, p.153-183.
- D'Augelli, A. R. (1991). « Gay men in college: Identity processes and adaptations », *Journal of College Student Development*, vol. 32, n° 32, p.140-146.
- D'Augelli, A. R., S.L. Hershberger et N.W. Pilkington (2001). « Suicidality patterns and sexual orientation-related factors among lesbian, gay and bisexual youths », *Suicide and Life Threatening Behavior*, vol. 31, n° 3, 250-265
- D'Emilio, J. et E.B. Freedman (1988). *Intimate Matters: A History of Sexuality in America*, New York, Harper and Row Publishers.
- Deschamps, C. (2002). *Le miroir bisexuel*, Paris, Éditions Ballard.
- Deykin, E.Y., J.C. Levy et V. Wells (1987). « Adolescent depression, alcohol and drug abuse », *American Journal of Public Health*, vol. 77, n° 2, p. 178-182.

- Diamant, A.L., C.Wold, K. Spritzer, L. Gelberg (2000). « Health behaviors, health status, and access to and use of health care : A population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women », *Archives of family medicine*, vol. 9, n° 10, p.1043-1051.
- Diamond, L.M. (2008). « Female bisexuality from adolescence to adulthood : Results from a 10-year longitudinal study », *Developmental Psychology*, vol. 44, n° 1, p. 5-14.
- Diamond, L.M. (2006c). « What we got wrong about sexual identity development: Unexpected findings from a longitudinal study of young women », dans A.Omoto et H. Kurtzman (dir.), *Sexual orientation and mental health: Examination identity and development in lesbian, gay, and bisexual people*, Washington, DC: American Psychological Association, p. 73-94.
- Diamond, L.M. (2006b). « How do I love thee? Implications of attachment theory for understanding same-sex love and desire », dans M. Mikulincer et G. S. Goodman (dir.), *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*, New York, Guilford Press, p. 275-292.
- DiPlacido, J. (1998). « Minority stress among lesbians, gay men, and bisexuals: A consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatization », dans G. M. Herek (dir.), *Stigma and sexual orientation : vol. 4. Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals*, Thousand Oaks, Sage, p. 138-159.
- Dodge, B. et T.G.M. Sandfort (2007). « A Review of Mental Health Research on Bisexual Individuals when Compared to Homosexual and Heterosexual Individuals », dans B.A. Firestein (dir.), *Becoming Visible: Counseling Bisexuals Across the Lifespan*, New York, Columbia University Press, 28-51.
- Dohrenwend, B. P. (1998b). « Theoretical integration », dans B. P. Dohrenwend (dir.), *Adversity, stress, and psychopathology*, New York, Oxford University Press, p. 539-555.
- Dohrenwend, B. P. (2000). « The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research », *Journal of Health & Social Behavior*, vol. 41, n° 1, p. 1-19.
- Doll, L.S. et C. Beeker (1996). « Male bisexual behavior and HIV risk in the United States : Synthesis of research with implications for behavioral interventions », *AIDS Education and Prevention*, vol. 8, n° 3, p. 205-225.
- Dorais, M. (1999). *Éloge de la diversité sexuelle*, Montréal, VLB Éditeur.

- Dworkin, S. (2001). « Treating the bisexual client », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 57, n° 5, p. 671-680.
- Eisenberg, M. et H. Wechsler (2003). « Substance Use Behaviors Among College Students with Same-Sex and Opposite-Sex Experience: Results from a National Study », *Addictive Behaviors*, vol. 28, n° 5, p. 899-913.
- Eliason, M. (1997). « The prevalence and Nature of Biphobia in Heterosexual undergraduate students », *Archives of sexual behavior*, vol. 26, n° 3, p. 317-326.
- Eliason M.J. et R. Schope (2007). « Shifting Sands or Solid Foundation? Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Identity Formation », dans I.H. Meyer et M.E. Northridge (dir.), *The Health of sexual minorities. Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations*, US, Springer, p. 3-26.
- Engler, K., J. Otis, M. Alary, B. Mâsse, R.S. Remis, M.-E. Girard, J. Vincelette, B. Turmel, R. Lavoie et R. Le Clerc (2005). « An Exploration of sexual behavior and self definition in a cohort of men who have sex with men », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol.14, n° 3-4, p. 87-104.
- Eribon, D. (2003). « Foucault Michel » dans D. Eribon (dir.), *Dictionnaire des cultures gays et lesbiennes*. Larousse, p. 198-200.
- Eribon, D. (2003). « Queer » dans D. Eribon (dir.), *Dictionnaire des cultures gays et lesbiennes*. Larousse, p. 393-397.
- Fassinger R.E. (1991). « The hidden minority : Issues and challenges in working with lesbian women and gay men », *The counseling Psychologist*, vol. 19, n° 2, p. 151-176.
- Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the body : gender politics and the construction of sexuality*, New York, Basic Books.
- Fergusson, D.M., L.J. Horwood et A.L. Beautrais (1999). « Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? », *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, n° 10, p. 876-880.
- Fifield, L. H., Latham, J. D. et C. Phillips (1977). *Alcoholism in the gay community: The price of alienation, isolation, and oppression*, Los Angeles, CA, Gay Community Services Center.

- Ford, J. A. et J. L. Jasinski (2006). « Sexual Orientation and Substance Use Among College Students », *Addictive Behaviors*, vol. 31, n° 3, p. 404-413.
- Foucault, M. (1976). *L'histoire de la sexualité, La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- Fox, A. (1991). « Development of a bisexual identity : Understanding the process », dans L. Hutchins and L. Ka'ahumanu (dir.), *Bi any other name : Bisexual people speak out*, Boston, Alyson, p. 29-36.
- Fox, R., C. (1996). « Bisexuality in perspective : An review of theory and research », dans B.A. Firestein (dir.), *Bisexuality : The psychology and politics of an invisible minority*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, p. 3-50.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard.
- Freimuth M.J. et G.A. Hornstein (2000). « A critical examination of the concept of Gender », dans P.C. Rodríguez Rust (dir.), *Bisexuality in the United States*, New York, Columbia University Press, p. 61-77.
- Friedman, R.C. (1999). « Homosexuality, Psychopathology, and Suicidality », *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, n° 10, p. 887-888.
- Garofalo, R., C. Wolf, L.S. Wissow, E.R. Woods et E. Goodman (1999). « Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 153, n° 55, 487-493.
- Genty, M. (1995). *Archétypes jungiens et écritures déconcertantes*, Elsevier Masson.
- Green, R. (1974). *Sexual identity conflict in children and adults*, New York, Basic Book.
- Halkitis, P.N, K.A. Green, P. Mourgues (2005). « Longitudinal Investigation of Methamphetamine Use Among Gay and Bisexual Men in New York City: Findings from Project BUMPS », *Journal of Urban Health*, vol. 82 (1 Supplement1), p. i18-i25.
- Halkitis, P.N. et J.T. Parsons (2002). « Recreational drug use and HIV-risk sexual behavior among men frequenting gay social venues », *Journal of gay & lesbian social services : Issues in practice, policy & research. Special issue : Issues in practice, policy & research*, vol. 14, n° 4, p. 19-38.

- Halkitis, P.N. et J.J. Palamar (2006). « GHB use among gay and bisexual men », *Addictive Behaviors*, vol. 31, n° 11, p. 2135-2139.
- Hancock, K.A. (1995). « Psychotherapy with lesbians and gay men », dans A.R. D'Augelli et C.J. Patterson (dir.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: psychological perspectives*, New York, Oxford University Press, p. 398-432.
- Heckman, T.G., J.A. Kelly, K.J. Sikkema, R.R. Roffman, L.J. Solomon, R.A. Winett, L.Y. Stevenson, M.J. Perry, A.D. Norman et L.J. Desiderato (1995). « Difference in HIV risk Characteristics Between Bisexual and Exclusively Gay Men », *AIDS Education and Prevention*, vol. 7, n° 6, p. 504-512.
- Herek, G.M. (1995). « Psychological heterosexism in the United States », dans A.R. D'Augelli et J.C. Patterson (dir.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives*, New York, Oxford University Press, p. 321-346.
- Herek, G.M. (2002). « Gender gaps in public opinion about lesbians and gay men », *Public Opinion Quarterly*, vol. 66, n° 1, p. 40-66.
- Herek, G.M. (2009). « Sexual Stigma and social prejudice in the United States : A Conceptual Framework », dans D.A. Hope (dir.), *Contemporary Perspectives on Lesbian, Gay, and Bisexual Identities*, University of Nebraska, Lincoln, NE, USA, p. 65-111.
- Herek, G.M., J.R. Gillis et J.C. Cogan (2009). « Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective », *Journal of Counseling Psychology*, vol. 56, n°1, p.32-43.
- Hughes, T.L. et M. Eliason (2002). « Substance Use and Abuse in Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations », *The Journal of Primary Prevention*, vol. 22, n° 3, p. 263-298.
- Hughes, T. L., A. P. Hass, L. Razzano, R.Cassidy et A.K. Matthews (2000). «Comparing lesbians' and heterosexual women's mental health : findings from a multi-site study », *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, vol. 11, n°1, p. 57-76.
- Hutchins, L. (1996). « Bisexuality : Politics and community », dans B. Firestein (dir.), *Bisexuality : the psychology and politics of an invisible minority*, Thousand Oaks : Sage, p. 242-259

- Jordan, K. M. et R.H. Deluty (1998). « Coming out for lesbian women: Its relation to anxiety, positive affectivity, self-esteem, and social support », *Journal of Homosexuality*, vol. 35, n° 2, p. 41-63.
- Jorm, A.F., A.E. Korten, B. Rodgers, P.A. Jacomb et H. Christensen (2002). « Sexual Orientation and Mental Health: Results from a Community Survey of Young and middle-aged adults », *British Journal of Psychiatry*, vol. 180, n° 5, p. 423-427.
- Julien, D. et É. Chartrand (2005). « Recension des études utilisant un échantillon probabiliste sur la santé des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles », *Psychologie canadienne*, vol. 46, n° 4, p. 235-250.
- Julien D. et É. Chartrand, (1997). « La psychologie familiale des gais et des lesbiennes : perspective de la tradition scientifique nord-américaine », dans L. Chamberland (dir.), *Sociologie et sociétés*, vol. 29, n° 1, p. 71-81.
- Kennedy, M. et L.S. Doll (2001). « Male bisexuality and HIV risk », *Journal of bisexuality*, vol. 1, n° 2-3, p. 109-135.
- Ketz, K. et T. Israel (2002). « The relationship between women's sexual identity and perceived wellness », *Journal of bisexuality*, vol. 2, n° 2-3, p. 223-238.
- Kilgore, H., L. Sideman, B. Bohanske, K. Amin et L. Baca (2005). « Psychologists' attitudes and therapeutic approaches toward gay, lesbian, and bisexual issues continue to improve », *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, vol. 42, n° 3, 395-400.
- Kinsey, A.C., W.B. Pomeroy et C.E. Martin (1948). *Sexual Behaviour in the Human Male*, Philadelphia, Saunders.
- Kinsey, A.C., W.B. Pomeroy, C.E. Martin et P.H. Gebhard (1953). *Sexual Behaviour in the Human Female*, Philadelphia, Saunders.
- Kite, M.E. et B.E. Jr. Whitley (2003). « Do heterosexual women and men differ in their attitudes toward homosexuality? A conceptual and methodological analysis », dans L.D. Garnets et D.C. Kimmel (dir.), *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experience* (2e édition), New York : Columbia University Press, p. 165-187.
- Klein, F., B. Sepekoff and T. J. Wolf (1985). « Sexual Orientation : A Multi-variable Dynamic Process », *Journal of Homosexuality*, vol. 11, n° 1-2, p. 35-49.

- Klein, F. (1993). *The Bisexual Option* (2^{ième} édition), New York, Harrington Park Press.
- Laplanche J. et J.-B. Pontalis (1971). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Laumann E.O., J.H. Gagnon, R.T. Michael et S. Michaels (1994). *The Social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*, Chicago, University of Chicago Press.
- Lazarus, R. S. et S. Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*, New York: Springer.
- Lévy, J.J., D. Médico, J. Otis, P. Laroche et R. Lavoie (2002). *Les constructions de la bisexualité, du discours académique à l'expérience personnelle*. Colloque sur la vulnérabilité, identité et communauté, Congrès de l'ACFAS, Québec.
- Lohrenz, L. J., J. C. Connelly, L. Coyne et K. E. Spares (1978). « Alcohol problems in several midwestern homosexual communities », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 39, n° 11, p. 1959-1963.
- Massé, R., C. Poulin, C. Dassa, J. Lambert, S. Bélair et A. Battaglini (1998a). *Élaboration et validation d'un outil de mesure de la santé mentale : tome 1, étude ethnosémantique, tome 2, étude de validation*, Direction de la santé publique de Montréal- Centre.
- Massé, R., C. Poulin, C. Dassa, J. Lambert, S. Bélair et A. Battaglini (1998b). « Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique au Québec », *Revue Canadienne de santé publique*, vol. 89, n°3, p. 352-357.
- Massé, R., C. Poulin, C. Dassa, J. Lambert, S. Bélair et A. Battaglini (1998c). « The Structure of Mental Health: Higher-Order Confirmatory Factor Analyses of Psychological Distress and Well-Being Measures », *Social Indicators Research*, vol. 45, n° 1-3, p. 475-504.
- Mays, V.M. et S.D. Cochran (2001). « Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 11, 1869-1876.
- McCabe, S.E., C. Boyd, T.L. Hughes et H. D'Arcy (2003). « Sexual Identity and Substance Use Among Undergraduate Students », *Substance Abuse*, vol. 24, n° 2, p. 77-91.

- McCabe, S.E., T.L. Hughes, W. Bostwick et C. Boyd (2005). « Assessment of differences in dimensions of sexual orientation: Implications for substance use research in a college-age population », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 55, n° 5, p. 620-629.
- McKirnan, D. J. et P. L. Peterson (1989a). « Alcohol and drug use among homosexual men and women : Epidemiology and population characteristics », *Addictive Behaviors*, vol. 14, n° 5, p. 545-553.
- McKirnan, D. J., et P. L., Peterson (1989b). « Psychosocial and cultural factors in alcohol and drug abuse : An analysis of a homosexual community », *Addictive Behaviors*, vol.14, n° 5, p. 555-563.
- Médico, D., J.J. Lévy, J. Otis, P. Laroche et R. Lavoie (2003). « Difficultés psychosociales associées à l'expérience bisexuelle », dans J.J Lévy et coll. (dir.), *Enjeux psychosociaux de la santé*, p. 121-133.
- Médico, D., J.J. Lévy et J. Otis, (2004). « La bisexualité et ses enjeux identitaires et communautaires », dans F. Saillant et coll. (dir.), *Identités, vulnérabilités, communautés*, Québec, Éditions Nota Bene, p. 285-305.
- Mendès-Leite, R., C. Deschamps et B.-M. Proth (1996). *Bisexualité : le dernier des Tabou*, Paris, Calmann-Lévy.
- Meyer, I.H. (2003). « Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations : conceptual issues and research evidence », *Psychological Bulletin*, vol, 129, n° 5, p. 674-697.
- Meyer, I. H. (1995). « Minority stress and mental health in gay men », *Journal of Health & Social Behavior*, vol. 36, n° 1, p. 38-56.
- Michaels, S. et B. Lhomond (2006). « Conceptualization and measurement of homosexuality in sex surveys: a critical review », *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 22, n° 7, p. 1365-1374.
- Midanik, L.T., L. Drabble, K. Trocki et R.L. Sell (2007). « Sexual orientation and alcohol Use : Identity versus behavior measures », *Journal of LGBT Health Research*, vol. 3, n° 1, p. 25-35.
- Mills, T.C., J. Paul, R. Stall, L. Pollack, J. Canchola, Y.J. Chang, J.T. Moskowitz, J.A. Catania (2004). « Distress and depression in men who have sex with men : The Urban Men's Health Study », *American Journal of Psychiatry*, vol. 161, n° 2, p. 278-285.

- Mohr, J. J., T. Israel, et W. E., Sedlacek (2001). « Counselors' attitudes regarding bisexuality as predictors of counselors' clinical responses: An analogue study of a female bisexual client », *Journal of Counseling Psychology*, vol. 48, n° 2, p. 212-222.
- Mopsik, C. (2003). *Le sexe des âmes. Aléas de la différence sexuelle dans la cabale*, Paris-Tel Aviv, Éditions de l'éclat.
- Morin, S.F. (1977). « Heterosexual biais in psychological research on lesbianism and male homosexuality », *American psychologist*, vol. 32, n° 8, p. 629-637.
- Morris, F.F., C.R. Waldo et E.D. Rothblum (2001). « A model of predictors and outcomes of outness among lesbian and bisexual women », *American journal of orthopsychiatry*, vol. 71, n° 1, p. 61-71.
- Ochs, R. (2007). « What's in a name? Why women embrace or resist bisexual Identity », dans B.A. Firestein (dir.) *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan*, New York : Columbia University Press, p. 72-86.
- Ochs, R. (1996). Biphobia : It goes more then two ways, dans B.A. Firestein (dir.), *Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority*, Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, p. 217-239.
- Ochs R. et M. Deihl (1992). « Moving beyong binary thinking », dans W.J. Blumenfeld (dir.), *Homophobia : How we all pay the price*, Boston, Beacon.
- Otis, J., B. Ryan et N. Chouinard (1999). *Impact du « Projet 10 » sur le mieux-être sexuel de jeunes gais et bisexuels*, Rapport exécutif présenté à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Montréal Centre.
- Otis, J., B.Ryan, N. Chouinard et K. Fournier (2001). *Effets du « Projet 10 » sur le mieux-être sexuel de jeunes gais et bisexuels*, Rapport de recherche présenté à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Montréal Centre.
- Otis, J., M.-È. Girard, B. Ryan, M. Bourgon, K. Engler et A. Fugère (2002). *Empowerment des jeunes gais, lesbiennes et bisexuels : analyse d'implantation et évaluation des effets du projet « Safe Spaces » implanté dans quatre villes canadiennes*, Rapport de recherche, Montréal, Université du Québec à Montréal, département de sexologie.

- Pathela, P., A. Hajat, J. Schillinger, S. Blank, R. Sell et F. Mostashari (2006). « Discordance between sexual behavior and self-reported sexual identity: a population-based survey of New York City men », *Annals of internal medicine*, vol. 145, n° 6, p. 416-425.
- Parks, C.A., T.L. Hughes et A.K. Matthews (2004). « Race/ethnicity and Sexual Orientation : Intersecting identities », *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, vol. 10, n° 3, p. 241-254.
- Parsons, J.T., B.C. Kelly et B.E. Wells (2006). « Differences in club use between heterosexual and lesbian/bisexual females », *Addictive Behaviors*, vol. 31, n°12, p. 2344-2349.
- Paul, J.P., J. Catania, L. Pollack, J. Moskowitz, J. Canchola, T. Mills, D. Binson et R. Stall. (2002). « Suicide attempts among gay and bisexual men : Lifetime prevalence and antecedents », *American Journal of Public Health*, vol. 92 n° 8, p. 1338-1345.
- Platon (1999). *Le Banquet*, (traduction de L. Robin et J. Moreau), Paris, Gallimard.
- Phillips, J.C. et A.R. Fischer (1998). « Graduate students' training experiences with lesbian, gay, and bisexual issues », *The Counseling Psychologist*, vol. 26, n° 5, p. 12-734.
- Procidano, M. E. et K. Heller (1983). « Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies », *American Journal of Community Psychology*, vol. 11, n° 1, p.1-24.
- Remafedi, G, S. French, M. Story, M. D. Resnick et R. Blum. (1998). « The relationship between suicide risk and sexual orientation : results of a population-based study », *American journal of public health*, vol. 88, n° 1, p.57-60.
- Robin, L., N. D. Brener, S. F. Donahue, T. Hack, K. Hale et C. Goodenow (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 & adolescent medicine*, vol. 156, n° 4, p. 49-355.

- Ross, M.W, M.E. Fernández-Esquer and A. Seibt (1995). « Understanding across the sexual orientation gap: sexuality as culture », dans D. Landis et R. Bhagat (dir.), *Handbook of Intercultural Training*, Sage, Beverly Hills, p. 414-430.
- Rust, P.C.R. (2007). « The construction and reconstruction of bisexuality: Inventing and reinventing the self », dans B.A. Firestein (dir.), *Becoming visible : Counseling bisexuals across the lifespan*, Columbia University Press, New York, p. 3-27.
- Rust, P.C.R. (2001). « Two many and not enough: The meanings of bisexual identities », *Journal of Bisexuality*, vol. 1, n° 1, p. 31-68.
- Rust, P.C.R. (2000). *Bisexuality in the United States : A Social Science Reader*, Columbia University Press, New York.
- Rust, P.C.R. (2000). « Popular images and the growth of bisexual community and visibility », dans P.C.R. Rust (dir.) *Bisexuality in the United States : A Social Science Reader*, Columbia University Press, New York, p. 537-553.
- Rust, P.C.R. (2000). « Bisexuality in HIV research », dans P.C.R. Rust (dir.) *Bisexuality in the United States : A Social Science Reader*, Columbia University Press, New York, p. 355-399.
- Sanders, S.A, J.M. Reinish et D.P. McWhirter (1990). « Homosexuality /Heterosexuality : An Overview », dans D.P. McWhirter et coll. (dir.), *Homosexuality/Heterosexuality : Concepts of Sexual Orientation*, The Kinsey Institute series, vol. 2, New York, Oxford University Press, p. xx-xxvii.
- Savin-Williams, R. C., et Diamond, L. M. (1999). « Sexual orientation », dans W. K. Silverman et T. H. Ollendick (dir.), *Developmental issues in the clinical treatment of children*, Boston, Allyn et Bacon, p. 241-258.
- Savin-Williams, R.C. (2005). *The new gay teenager*, Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Savin-Williams, R.C. (2006). « Who's gay? Does it matter? », *Current Directions in Psychological Science*, vol. 15, n° 1, p. 40-44.
- Shively, M.G. et J.P. De Cecco, (1977). « Components of sexual identity », *Journal of homosexuality*, vol. 3, n° 1, p. 41-48.

- Smart, L. et D.M. Wegner (2000). « The hidden costs of stigma », dans T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, et J. G. Hull (dir.), *The social psychology of stigma*, New York, Guilford Press, p. 220-242.
- Spence, J.T., R. Helmreich, J. Stapp (1975). « Ratings of self and peers on sex role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 32, p. 29-39.
- Stall, R., J.P. Paul, G. Greenwood, L.M. Pollack, E. Bein, G.M. Crosby, T.C. Mills, T.J. Coates et J.A. Catania. (2001). « Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men : The Urban Men's Health Study », *Addiction*, vol. 96, n° 11, p. 1589-1601.
- Statistique Canada (2004). « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », *Le Quotidien*, p. 7-11.
- Storms, M.D. (1980). « Theories of sexual orientation », *Journal of personality and social Psychology*, vol. 38 n° 5, 783-792.
- Stokes, J.P., R.L. Miller et R. Mundhenk (1998). « Toward an understanding of behaviourally bisexual men : The influence of context and culture », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol.7, n° 2, 101-113.
- Tabachnick, B.G. et L.S. Fidell (2001). *Using multivariate statistics*, (4th ed.). Needham Heights, Allyn and Bacon.
- Taywaditep, K.J. et J.P. Stokes (1998). « Male Bisexualities : A Cluster Analysis of Men with Bisexual Experience », *Journal of Psychology of Human Sexuality*, vol. 10, n°1, p. 15-41.
- Tjepkema, M. (2008). « Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels du Canada », *Statistique Canada, Rapports sur la santé au catalogue de Statistique Canada*, vol. 19, n° 1, p. 57-70.
- Troiden, R.R. (1989). « The formation of homosexual identities », *Journal of homosexuality. Special issue : gay and lesbian youth*, vol. 17, n° 1-2, p. 43-73.
- Waldner, L.K. et B. Magruder (1999). « Coming out to parents : Perception of family relations, perceived resources and identity expression as predictors of identity disclosure for gay and lesbian adolescents », *Journal of Homosexuality*, vol. 37, n° 2, p. 83-100.

- Warner, J., É. McKeown, M. Griffin, K. Johnson, A. Ramsay, C. Clive et M. King (2004). « Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women », *British Journal of Psychiatry*, vol. 185, n° 6, p. 479-485.
- Weinberg, M.S., Williams, C.J. et D.W. Pryor (1994). *Dual attraction : understanding bisexuality*, New York, Oxford University Press.
- Weinberg, G. (1972). *Society and the healthy homosexual*, New York, St. Martin's.
- Williams, D.R., Y. Yu, J.S. Jackson et N.B. Anderson (1997). « Racial differences in Physical and Mental Health : Socio-economic Status, Stress and Discrimination », *Journal of Health Psychology*, vol. 2, n° 3, p. 335-351.
- World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of disease and related health problems* (10th revision, vol. 1), Geneva, Switzerland, Author, p. 365.
- Zinik, G. (1985). « Identity conflict or adaptive flexibility? Bisexuality Reconsidered », *Journal of Homosexuality*, vol. 11, n° 1-2, p. 7-19.
- Zinik, G. (2000). « Identity conflict or adaptive flexibility? Bisexuality Reconsidered », dans P.C.R. Rust (dir.) *Bisexuality in the United States : A Social Science Reader*, Columbia University Press, New York, p. 55-60.