

Université de Montréal

Le stress minoritaire, la violence conjugale et la santé mentale des femmes de la diversité sexuelle : une étude pancanadienne

Par

Emma Fedele

École de criminologie, Faculté des Arts et Sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)
en Criminologie, option avec mémoire

Juillet 2021

© Emma Fedele, 2021

Université de Montréal
École de criminologie, Faculté des Arts et Sciences

Ce mémoire intitulé

Le stress minoritaire, la violence conjugale et la santé mentale des femmes de la diversité sexuelle : une étude pancanadienne

Présenté par

Emma Fedele

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Isabelle Ouellet-Morin

Président-rapporteur

Stéphane Guay

Directeur de recherche

Robert-Paul Juster

Codirecteur

Tina Montreuil

Membre du jury

Résumé

Plusieurs enquêtes états-uniennes et canadiennes montrent que les personnes de la diversité sexuelle et de genre sont plus vulnérables face aux problèmes de santé mentale (détresse psychologique, dépression, troubles anxieux, problèmes de consommation, etc.) et plus à risque d'être victimes de violences conjugales au cours de leur vie. Mais cette population n'est pas homogène : parmi les différents sous-groupes de la communauté LGBTQ+ (lesbienne, gai, bisexuel·le, trans, *queer* et autre), les femmes de la diversité sexuelle sont particulièrement vulnérables face à ces problématiques. Le modèle du stress minoritaire explique cette vulnérabilité par le fait que les personnes de la diversité sexuelle et de genre souffrent de facteurs de stress spécifiques qui peuvent avoir des conséquences sur leur santé mentale et leurs relations. Ces facteurs peuvent être exogènes, c'est-à-dire provenir de l'extérieur de l'individu, comme les préjugés vécus dus à son identité sexuelle et de genre (harcèlement, discrimination, violence physique, etc.). Mais ils peuvent aussi être endogènes, c'est-à-dire provenant de l'individu lui-même. Ils sont alors plus subjectifs, comme le fait de s'attendre à être stigmatisé (la stigmatisation anticipée), le non-dévoilement de son identité sexuelle et/ou de genre et l'homophobie ou la transphobie intériorisée.

L'objectif principal de ce mémoire est d'examiner l'impact des facteurs de stress minoritaire et des différentes formes de victimisation conjugale sur les symptômes de dépression et d'anxiété chez les femmes de la diversité sexuelle, en fonction de leur identité sexuelle et de genre.

Pour réaliser cette étude, 209 personnes qui s'identifient comme femme (âge moyen = 33,9 ans), vivant au Canada et qui ont vécu des violences dans une relation intime avec une femme par le passé ont répondu à notre questionnaire en ligne. Nous avons mesuré l'identité sexuelle et de genre, la victimisation conjugale, les facteurs de stress minoritaire, et les symptômes de dépression et d'anxiété.

Des régressions hiérarchiques montrent que les sentiments négatifs sur son appartenance à la diversité sexuelle sont positivement associés aux symptômes de dépression et d'anxiété, même après avoir contrôlé pour l'âge, l'ethnie, l'identité sexuelle et de genre et la victimisation. La victimisation psychologique est également positivement associée aux symptômes d'anxiété et la

victimisation sexuelle aux symptômes de dépression. L'âge est négativement associé aux symptômes d'anxiété et ne pas être attiré strictement par les femmes (s'identifier comme bisexuel·le, pansexuel·le, *queer* ou autre) est positivement associé aux symptômes de dépression dans notre échantillon.

Ces résultats apportent de nouvelles informations sur l'association entre les violences conjugales, le stress minoritaire et la santé mentale. Ainsi, ce mémoire montre l'impact de la victimisation conjugale sur la santé mentale des femmes de la diversité sexuelle ayant été victimes de violences conjugales. Il met également en avant l'impact significatif des sentiments négatifs sur son appartenance à la diversité sexuelle, une composante de l'homophobie intériorisée, sur les symptômes d'anxiété et de dépression. Il vient souligner la nécessité d'évaluer les besoins de cette population, et plus largement de toute la diversité sexuelle et de genre, et d'adapter les interventions auprès des victimes de violences conjugales à ces besoins.

Mots-clés : violences conjugales, stress minoritaire, santé mentale, femmes de la diversité sexuelle, LGBTQ+.

Abstract

Canadian and American population surveys show that people from the sexual diversity and gender-diverse people are more at risk of mental health problems (psychological distress, depression, anxiety disorders, substance use problems) and of being victims of intimate partner violence (IPV) in their lifetime. But the LGBTQ+ (lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and other) community is not homogeneous: between the different subgroups of this population, sexual minority women (SMW) are at particularly high risk of experiencing stigma, mental health problems and being victims of IPV. This vulnerability can be explained by the sexual and gender minority stress model, stating that sexual and gender minority people suffer from specific stress factors added to general stressors, leading to more mental health and relationship problems. Those stress factors can be distal, such as prejudice events one suffers from based on their sexual or gender identity (harassment, discrimination, physical violence, etc.). But they can also be proximal, and therefore more subjective, such as expecting to be rejected or discriminated (also called stigma consciousness), concealing one's sexual or gender identity, or suffering from internalized homophobia or transphobia.

The main goal of this Master's thesis was to assess the impact of minority stress factors and of different forms of past IPV victimization on the current mental health of Canadian SMW, as a function of their sexual and gender identity.

In total, 209 individuals identifying as women (M age = 33,9), living in Canada and who lived in a violent intimate relationship with a woman in the past answered our online survey. Questionnaire assessed sexual orientation and gender identity, IPV behaviors, minority stress factors, and symptoms of depression and anxiety.

Hierarchical regressions showed that psychological aggression was positively associated with anxiety symptoms and sexual coercion with depressive symptoms. Not being strictly attracted to women (i.e. identifying as bisexual, pansexual, queer or something else) was also associated to high symptoms of depression and age was negatively associated to anxiety symptoms. After controlling for age, race/ethnicity, sexual and gender identity and IPV victimization, having

negative feelings about being a SMW was strongly associated with both depression and anxiety symptoms.

This Master's thesis provides new information on the interconnected associations among IPV, minority stress and SMW's mental health. It shows the importance of LGBTQ+ specific stress factors, particularly of negative feelings about being a SMW, on the mental health of SMW IPV survivors. It highlights the necessity to evaluate the needs of SMW IPV survivors and, more broadly, of all sexual and gender minorities. This could allow clinical intervention to be more adapted to the needs of LGBTQ+ IPV victims and therefore help buffer against victimization they are faced by.

Keywords: intimate partner violence, minority stress, mental health, sexual minority women, LGBTQ+

Table des matières

Résumé.....	5
Abstract.....	7
Table des matières.....	9
Liste des tableaux.....	13
Liste des figures.....	15
Liste des sigles et abréviations	17
Remerciements	19
Introduction.....	21
Chapitre 1 – Recension des écrits	23
1.1. Violences conjugales : définitions et modèles explicatifs.....	23
1.1.1. Définitions, formes et conséquences des violences conjugales	23
1.1.2. Les modèles explicatifs de la violence conjugale et leurs limites.....	24
1.2. Les violences conjugales dans la communauté LGBTQ+	26
1.2.1. La prévalence des violences conjugales dans les couples de même sexe	26
1.2.2. Les formes de violences spécifiques à la communauté LGBTQ+	27
1.2.3. Les difficultés de prise en charge des personnes de la diversité sexuelle et de genre victimes de violences conjugales.....	28
1.3. La communauté LGBTQ+ et les problèmes de santé mentale	30
1.4. Vulnérabilité de la communauté LGBTQ+ : modèle explicatif et hétérogénéité de la communauté	31
1.4.1. Modèle explicatif de la vulnérabilité de la communauté LGBTQ+ : le modèle du stress minoritaire	31
1.4.2. L’hétérogénéité de la communauté LGBTQ+	33

1.5. Problématisation	34
1.6. Objectifs de la recherche	35
Chapitre 2 – Méthodologie générale	37
2.1. Échantillonnage.....	37
2.2. Opérationnalisation des variables	38
2.2.1. Variables identitaires	39
2.2.2. Stress minoritaire.....	39
2.2.3. La violence conjugale.....	40
2.2.4. La santé mentale	41
2.3. Stratégies analytiques	41
2.4. Considérations éthiques.....	43
Chapitre 3 – Résultats	45
Stigma and mental health of sexual minority women victims of past intimate partner violence.....	46
3.1. Abstract	46
3.2. Introduction	47
3.2.1. Mental Health in the LGBTQ+ Community	47
3.2.2. IPV Victimization and Mental Health	47
3.2.3. IPV in the LGBTQ+ Community	48
3.2.4. Minority Stress Factors, Mental Health and IPV	48
3.2.5. The Lack of Studies and the Heterogeneity of the LGBTQ+ Community.....	49
3.2.6. Research Goals	50
3.3. Materials and Methods	50
3.3.1. Participants.	50
3.3.2. General protocol.	50

3.3.3.	Questionnaires.....	51
	Sexual and gender identity.....	51
	Sexual and gender minority stress.....	51
	IPV victimization.....	52
	Depression and anxiety.....	52
3.3.4.	Statistical analysis.....	52
3.4.	Results.....	53
3.4.1.	Preliminary analysis.....	53
3.4.2.	Main analysis.....	56
3.5.	Discussion.....	58
3.5.1.	Limitations.....	61
3.5.2.	Future directions.....	63
3.5.3.	Clinical implications.....	64
3.6.	Conclusion.....	64
	Acknowledgments and credits.....	64
	Biographical statements.....	64
	Funding.....	65
	Conflict of interest.....	65
	Chapitre 4 – Discussion générale.....	67
	4.1. Apport des connaissances.....	67
	4.1.1. Les liens entre la santé mentale et les violences conjugales.....	67
	4.1.2. Les liens entre la santé mentale et le stress minoritaire.....	68
	4.1.3. Les liens entre la santé mentale et les variables identitaires.....	70
	4.2. Forces du mémoire.....	70

4.3. Limites du mémoire	71
4.4. Implications futures	74
4.4.1. Implications pour la recherche.....	74
4.4.2. Implications cliniques et prévention	75
Chapitre 5 - Conclusion générale	79
Références bibliographiques	81
Annexe 1. Formulaire d'information et de consentement.....	93
Annexe 2. Questionnaire	97

Liste des tableaux

Table 1. –	<i>Sample descriptive statistics</i>	54
Table 2. –	<i>Descriptive statistics and correlation coefficients of all study variables.....</i>	55
Table 3. –	<i>Regression coefficients predicting depressive symptoms.....</i>	57
Table 4. –	<i>Regression coefficients predicting anxiety symptoms</i>	58

Liste des figures

<i>Figure 1. – Theoretical model and significant associations between covariates, subgroups, past victimization, minority stress and depressive and anxiety symptoms.....</i>	<i>59</i>
<i>Figure 2. – Association between depressive and anxiety symptoms and negative feelings about being a sexual minority woman (SMW)</i>	<i>61</i>

Liste des sigles et abréviations

CÉSAR : Centre d'Étude sur le Sexe*genre, l'Allostasie et la Résilience

CRIUSMM : Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal

CTS-2 : *Conflict Tactic Scale - 2*

ESG : Enquête Sociale Générale

FDS : Femme de la Diversité Sexuelle

IH : *Internalized Homophobia*

INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec

IPV : *Intimate Partner Violence*

LGB : lesbiennes, Gais et Bisexuel·les

LGBTQ+ : lesbiennes, Gais, Bisexuel·les, Trans, *Queer* et autre

LIHS : *Lesbian Internalized Homophobia Scale*

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SMW : *Sexual Minority Woman*

SQRP : Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur et mon codirecteur de recherche, Stéphane et Rob, deux professeurs formidables, que je souhaite à tout étudiant. Stéphane, merci d'avoir cru en ce projet, de m'avoir mis sur la route de Rob et merci pour ton soutien financier en cette année de pandémie. Merci à tous les deux de m'avoir accueilli chaleureusement au sein de vos laboratoires respectifs et de m'avoir donné les moyens de réaliser ce projet. Merci pour votre grande disponibilité, pour votre soutien, pour la confiance que vous m'avez accordée et pour vos précieux conseils. Votre mentorat m'a permis de confirmer mon goût pour la recherche et vous avez su me motiver, même dans les périodes de doute. Vous m'avez beaucoup appris, toujours avec bienveillance et dans la bonne humeur. Je ne pouvais pas rêver d'une meilleure direction!

J'aimerais également remercier Francelyne, d'avoir pris le temps de m'aider dans mes analyses, et Claire, assistante au Centre d'Étude sur le Sexe*genre, l'Allostasie et la Résilience, pour toute l'aide apportée.

Merci aussi à toutes les personnes et organismes qui ont pris part au recrutement de nos participant.e.s. Ce projet n'aurait pas été possible sans vous. Je remercie particulièrement les intervenantes du Centre de Solidarité Lesbienne, qui ont pris le temps de me recevoir à plusieurs reprises pendant mon parcours universitaire et qui m'ont donné le goût de travailler sur ce projet.

Je voudrais également remercier tous mes proches qui ont su me soutenir durant cette aventure. Audrey, tu t'es déplacée plusieurs fois jusqu'au Canada malgré ton aversion pour le froid. Je sais que ça n'a pas été facile pour toi et je ne peux que t'en remercier! Mention particulière à ma colocataire, Tiffany, qui n'a jamais cessé de m'encourager et qui a écouté mes interminables monologues sur chaque phase de ce projet, sans jamais faillir. Je te remercie de toutes les discussions que nous avons pu avoir autour de ce projet, qui m'ont fait aller de l'avant.

Pour finir, je voudrais remercier mes parents d'avoir cru en moi et de m'avoir donné les moyens de réaliser ce projet.

Introduction

La montée du mouvement féministe dans les années 70 et le mouvement *Me Too*, encourageant la prise de parole des femmes ces dix dernières années, ont permis l'essor de la recherche sur la violence conjugale. Il s'agit aujourd'hui d'un champ de recherche bien développé aux États-Unis comme au Canada. La violence conjugale englobe à la fois la violence physique, psychologique, sexuelle, et les comportements contrôlants d'un·e partenaire ou ex-partenaire intime. Malgré cet essor, certains types de relations restent peu abordés. C'est le cas notamment des couples de même sexe. En effet, de nombreux préjugés concernant ces relations ont longtemps invisibilisé les violences dans ces couples, freinant la recherche sur le sujet. Ce manque d'intérêt sociétal pour les relations de même sexe a eu de nombreux effets négatifs sur la prise en charge des personnes de la diversité sexuelle et de genre victimes de violence conjugale : encore aujourd'hui, elles sont peu nombreuses à demander de l'aide, par peur d'être rejetées, et les interventions ne sont pas adaptées à leurs besoins. Pourtant, les sondages populationnels menés depuis les années 2000 (Ard & Makadon, 2011; Goldberg & Meyer, 2013; Ibrahim, 2019; Walters et al., 2013) montrent que les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans¹ et *queer*² (LGBTQ+) ne sont pas épargnées par de telles violences. Au contraire, elles en seraient même plus à risque.

Les femmes de la diversité sexuelle sont particulièrement vulnérables face à la victimisation conjugale (Björkenstam et al., 2017; Dyar & London, 2018; Goldberg & Meyer, 2013; Walters et al., 2013). D'après le *National Intimate Partner Violence Survey*, plus de 60% des femmes bisexuelles et 40% des femmes lesbiennes ont rapporté avoir déjà été victimes de violences conjugales, contre 35% des femmes hétérosexuelles (Walters et al., 2013). Elles sont également plus vulnérables que la population générale face aux problèmes de santé mentale (Björkenstam et al., 2017; Cochran et al., 2003; Dyar & London, 2018; Lefevor et al., 2019; López et al., 2021). Le terme « femme de la diversité sexuelle » utilisé dans ce travail désigne toute personne s'identifiant comme femme non hétérosexuelle, ou dont le comportement sexuel n'est pas strictement

¹ Trans est un « terme parapluie qui inclut toute personne dont le genre ne correspond pas au sexe qui lui a été assigné à la naissance » (Dubuc, 2017).

² Le terme *queer* permet à une personne d'affirmer son orientation sexuelle, son identité de genre ou son expression de genre et peut parfois inclure un aspect politique de rejet des normes sociales (Dubuc, 2017).

hétérosexuel. Cette catégorie comprend notamment les femmes, qu'elles soient cisgenres ou de la diversité de genre, qui s'identifient comme lesbiennes, bisexuelles, pansexuelles ou encore *queer*.

Le modèle du stress minoritaire (I. H. Meyer, 2003) explique ces vulnérabilités par le fait que les personnes de la diversité sexuelle et de genre, de par leur statut de minorité, souffrent d'un stress unique, chronique, social et structurel, qui vient s'ajouter aux facteurs de stress généraux et qui peut avoir des conséquences néfastes sur leur santé et leurs relations. Mais il existe encore peu d'études sur les liens entre les différentes formes de violences conjugales et la santé mentale des personnes en relation intime avec une personne du même sexe, et beaucoup ne prennent pas en compte les facteurs de stress spécifiques aux différents sous-groupes de la diversité sexuelle et de genre (Gehring & Vaske, 2017).

Ainsi, en utilisant le modèle du stress minoritaire, ce mémoire examine les symptômes de dépression et d'anxiété chez les femmes de la diversité sexuelle ayant vécu des violences conjugales dans le passé, et l'impact des facteurs de stress spécifiques qui peuvent influencer leur santé mentale.

Le présent mémoire comprend cinq chapitres. Le premier est une recension des écrits, qui résume l'état des connaissances actuelles sur l'impact des violences conjugales et du stress minoritaire sur la santé mentale des femmes de la diversité sexuelle. Elle vient mettre en avant l'importance de ce champ d'études et les limites actuelles de la recherche. Nous y évoquons également nos objectifs et hypothèses. Le deuxième chapitre est consacré à la méthode et détaille précisément l'échantillonnage, la manière dont les variables ont été opérationnalisées, les stratégies analytiques utilisées et la prise en compte de l'éthique. Le troisième chapitre est un article scientifique intitulé *Stigma and mental health of sexual minority women victims of past intimate partner violence*, qui recense les principaux résultats. Le quatrième chapitre est une discussion générale où nous répondons à nos objectifs et hypothèses et confrontons ces résultats aux connaissances abordées dans le chapitre 1. Nous y discutons également des limites que nous avons rencontrées et des contributions apportées par ce mémoire, tant sur le plan heuristique que pratique. Enfin, notre dernier chapitre est une conclusion générale, qui revient sur nos principaux résultats et met en avant leur caractère généralisable.

Chapitre 1 – Recension des écrits

Cette recension vient mettre en avant l'importance d'étudier les violences conjugales et la santé mentale des femmes de la diversité sexuelle. Il convient avant tout de définir et expliquer les violences conjugales pour comprendre comment elles sont perçues dans les couples de même sexe (1.1). Afin de justifier l'importance des recherches sur la communauté LGBTQ+ (lesbiennes, gais, bisexuel·le.s, trans, queers et autres), nous mettrons ensuite en avant les spécificités des violences conjugales dans la population LGBTQ+ (1.2) et la vulnérabilité de cette population face aux problèmes de santé mentale (1.3). Nous expliquerons ces vulnérabilités par le modèle du stress minoritaire (1.4). Enfin, nous terminerons ce chapitre en posant la problématique de notre étude (1.5) et en annonçant les objectifs de notre recherche (1.6).

1.1. Violences conjugales : définitions et modèles explicatifs

Le terme de violences conjugales reste encore aujourd'hui très subjectif. Il existe des différences de définition et d'opérationnalisation à l'origine de nombreux écarts de résultats en recherche. C'est pourquoi il est important de définir clairement ce que nous entendons par violence conjugale dans cette étude (1.1.1) avant d'étudier la place de la diversité sexuelle et de genre dans la recherche (1.1.2).

1.1.1. Définitions, formes et conséquences des violences conjugales

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence conjugale comme « tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties de cette relation » (Organisation mondiale de la Santé, 2012). Ainsi, les deux seuls prérequis pour qu'un comportement soit caractérisé comme de la violence conjugale est l'existence d'un rapport d'intimité présent ou passé et que ce comportement entraîne des conséquences néfastes (Laforest & Gagné, 2018). Ces violences peuvent prendre différentes formes. Elles peuvent être physiques (coups, morsures, brûlures, homicides conjugaux, etc.), sexuelles (relations sexuelles non consenties, harcèlement sexuel, intimidation, etc.), psychologiques (chantage, humiliation, propos méprisants, etc.), verbales (sarcasme, menaces, intimidations verbales, etc.), économiques (domination sur les ressources matérielles de l'autre) (Gouvernement du Québec, 2018, p.4). Elles peuvent également

être sociales (contrôle des relations du conjoint) ou encore spirituelles (contrôle des pratiques religieuses, dénigrement des croyances de l'autre, imposition de rites extrêmes, etc.) (Poupart & Leroux, 2018).

Les conséquences de la violence conjugale sont nombreuses. L'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), dans son Rapport québécois sur la violence et la santé, dénote des effets sur la santé mentale, la santé sexuelle, reproductive et périnatale, les habitudes de vie, les problèmes de santé chroniques, et sur la santé physique pouvant entraîner jusqu'à la mort (par homicide ou par suicide) (Laforest & Gagné, 2018). La violence conjugale peut également causer des difficultés sociales, économiques et des conséquences existentielles, comme la modification de valeurs fondamentales (Poupart & Leroux, 2018). En ce qui concerne la santé mentale, la victimisation conjugale est associée aux symptômes dépressifs, aux idéations suicidaires, au trouble de stress post-traumatique, à l'anxiété et à la détresse psychologique (Laforest & Gagné, 2018).

Bien que la violence physique soit la plus étudiée (Lewis et al., 2012), la littérature tend à montrer l'unique contribution de l'abus psychologique et du harcèlement à la prédiction de la dépression (Lagdon et al., 2014; Mechanic et al., 2008) et l'association de la victimisation sexuelle avec une augmentation des risques de troubles de stress post-traumatique, de symptômes dépressifs, de consommation problématique de substance et d'idéations suicidaires (Barker et al., 2019). Ces associations se retrouvent dans la communauté LGBTQ+, mais y sont encore très peu étudiées (Gehring & Vaske, 2017; Hellemans et al., 2015; McKenry et al., 2006).

1.1.2. Les modèles explicatifs de la violence conjugale et leurs limites

La montée du mouvement féministe dans les années 70 en Amérique du Nord a permis d'exposer le phénomène des violences conjugales, jusqu'alors confiné à la sphère privée, au grand public. Les théories féministes traditionnelles que porte ce mouvement situent la violence conjugale comme « une manifestation des rapports historiquement inégaux entre les hommes et les femmes » (Laforest & Gagné, 2018), résultant du sexisme et de la domination masculine (Jaquier & Guay, 2013). Ces théories ne sont cependant pas exemptes de critiques. Certains affirment qu'elles induisent les lecteurs en erreur en définissant la violence conjugale comme une question de genre ancrée dans le patriarcat et l'inégalité de genre (S. Meyer & Frost, 2019, p. 8), et elles ne permettent pas d'expliquer les violences conjugales dans les couples de même sexe (Jaquier & Guay, 2013).

La violence conjugale peut également être vue comme une forme de violence basée sur le genre (*gender-based violence*). La violence basée sur le genre est définie par le Conseil de l'Europe comme « tout type d'acte préjudiciable perpétré contre une personne ou un groupe de personnes en raison de leur sexe, de leur genre, de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre, réels ou perçus » (Conseil de l'Europe, n.d.). Cette définition est plus inclusive que les théories féministes, mais tout comme celles-ci, défend une conception genrée des violences. Elle part du principe qu'elles sont « basées sur un déséquilibre des pouvoirs » et ont pour but d'humilier, de faire naître un sentiment d'infériorité ou de subordination (Conseil de l'Europe, n.d.), ce qui n'est pas le cas dans toutes les théories.

En effet, les théories établies par la recherche en violences familiales sont moins ancrées dans la notion de contrôle (Jaquier & Guay, 2013; Laforest & Gagné, 2018) et plutôt basées sur la théorie du conflit, définissant la violence entre conjoints comme une tactique inadaptée de résolution de conflit (Straus et al., 1996). Il s'agit d'une violence plutôt situationnelle, qui peut être symétrique, ce que soutient une part de la littérature (Johnson, 2006) et qui pourrait expliquer que des proportions égales de femmes et d'hommes déclarent avoir été victimes de violence conjugale (Statistique Canada, 2016).

Afin de concilier les différents courants de pensée qui entourent les violences conjugales, certains auteurs proposent des typologies des violences (Laforest & Gagné, 2018). C'est le cas de Johnson (2006) qui distingue quatre types de dynamiques violentes dans les couples, en fonction du degré de contrôle présent : (1) *le terrorisme intime*, où l'un des membres de la relation est violent et contrôlant alors que l'autre ne l'est pas, ou est violent mais non contrôlant ; (2) *le contrôle mutuel violent*, où les deux individus de la relation sont violents et contrôlants ; (3) *la résistance violente*, où l'un membre de la relation est violent mais non contrôlant et agit essentiellement en réponse aux agissements de son partenaire, qui est violent et contrôlant ; (4) *la violence situationnelle*, où les deux membres de la relation sont violents mais non contrôlants (Johnson, 2006). Cependant, cette typologie est construite à partir d'un schéma hétérosexuel (Johnson, 2006) et peu d'études ont tenté d'examiner les dynamiques de violence dans les relations de même sexe jusqu'à présent (Gaman et al., 2017). Cela ne signifie pas pour autant que ces violences sont moindres, ou que ces dynamiques sont plus saines.

1.2. Les violences conjugales dans la communauté LGBTQ+

Les violences conjugales homosexuelles sont vues comme des exceptions. Pourtant, leur prévalence (1.2.1), les formes de violences spécifiques que les victimes peuvent subir (1.2.2), et les difficultés auxquelles les individus de la communauté LGBTQ+ doivent faire face (1.2.3) méritent que l'on porte plus d'attention à ce phénomène.

1.2.1. La prévalence des violences conjugales dans les couples de même sexe

La littérature sur la prévalence des violences conjugales LGBTQ+ n'est pas toujours claire. Il existe de nombreuses différences méthodologiques qui ne permettent pas de comparer les résultats entre études (Badenes-Ribera et al., 2015; Kim & Schmuhl, 2019). Ainsi, d'après une recension d'Edwards, Sylaska et Neal (2015), le pourcentage de personnes LGBTQ+ subissant des violences conjugales seraient compris entre 1 et 97%, ce qui ne nous permet pas de faire de déduction sur la portée du problème.

Les études les plus récentes s'accordent tout de même sur le fait que les personnes de la diversité sexuelle sont plus susceptibles d'être victimes de violence conjugale, surtout les femmes (Ard & Makadon, 2011; Goldberg & Meyer, 2013; Ibrahim, 2019; Walters et al., 2013). D'après les chiffres du *National Intimate Partner Violence Survey*, sur 16 507 répondants, 61,1% des femmes bisexuelles, 43,8% des femmes lesbiennes et 35% des femmes hétérosexuelles ont déjà vécu un viol, de la violence physique et/ou du harcèlement par un partenaire intime au moins une fois dans leur vie (Walters et al., 2013). Dans le même sens, le *California Health Interview Survey* de 2007-2008 montre que 51,9% des femmes bisexuelles, 31,9% des femmes lesbiennes et 21,6% des femmes hétérosexuelles ont vécu des violences conjugales au cours de leur vie, contre 19,6% des hommes bisexuels, 26,9% des hommes gais et 11,4% des hommes hétérosexuels (Goldberg & Meyer, 2013). Le *National Violence Against Women Survey* montrent également que 21,5% des hommes et 35,4% des femmes qui ont rapporté une cohabitation avec un partenaire de même sexe ont vécu de l'abus physique au cours de leur vie (Ard & Makadon, 2011).

Au Canada, l'Enquête Sociale Générale (ESG) de 2009 (Institut national de Santé Publique du Québec, n.d.) et de 2014 (Ibrahim, 2019) confirment cette tendance. En 2009, les personnes gais et lesbiennes étaient deux fois plus susceptibles que les personnes hétérosexuelles à déclarer avoir été

victime de violence physique ou sexuelle infligée par un partenaire intime, tandis que les personnes bisexuelles l'étaient quatre fois plus (Institut national de Santé Publique du Québec, n.d.). En 2014, 8% de personnes LGB et 4% de personnes hétérosexuelles ont répondu avoir été victimes de violence dans le cadre d'un mariage, d'une union libre, d'un ancien mariage ou d'une ancienne union libre; et 18% des personnes LGB ont déclaré avoir été victimes de violence aux mains d'un partenaire amoureux dans les cinq années précédant l'enquête, contre 9% des personnes hétérosexuelles (Ibrahim, 2019). Parmi les personnes LGB, la violence entre partenaires amoureux était deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (Ibrahim, 2019). Ces chiffres diffèrent lorsqu'on étudie les faits rapportés à la police : de 2009 à 2017 au Canada, plus de la moitié (55%) des affaires de violences entre partenaires de même sexe sont survenues entre partenaires de sexe masculin (Ibrahim, 2019). Cependant, les auteurs présumés restent deux fois plus susceptibles d'être de sexe féminin (45%) que dans les affaires de violences conjugales entre partenaires intimes de sexe opposé déclarées à la police (18%) (Ibrahim, 2019), d'où la nécessité d'étudier la violence chez les femmes de la diversité sexuelle.

1.2.2. Les formes de violences spécifiques à la communauté LGBTQ+

De nombreux aspects des violences conjugales dans les couples de même sexe sont similaires aux violences dans les couples hétérosexuels, comme les dynamiques de pouvoir, la nature cyclique des violences ou encore l'escalade de la violence (Ard & Makadon, 2011). En ce sens, de 2009 à 2017 au Canada, la proportion des violences entraînant des blessures graves où la mort est la même chez les partenaires de même sexe et les partenaires de sexe opposé, soit 2% (Ibrahim, 2019).

Cependant, les types d'infractions commises peuvent différer (Ibrahim, 2019). Chez les femmes, les auteures présumées de violence entre partenaires intimes de même sexe étaient moins susceptibles d'avoir été mêlées à une affaire de voies de fait majeures que leurs homologues entretenant une relation entre partenaires de sexe opposé, mais elles étaient deux fois plus susceptibles d'être impliquées dans une affaire de menace ou de harcèlement criminel (Ibrahim, 2019). Les voies de fait majeures sont plus fréquentes dans les couples d'hommes que dans les couples de femmes et dans les couples de sexe opposé, mais l'utilisation d'une arme reste rare en comparaison avec les couples de sexe opposé (12% dans les couples de femmes, 17% dans les couples d'hommes et 24% dans les couples de sexe opposé) (Ibrahim, 2019). Enfin, 1786 homicides conjugaux ont été déclarés par la police entre 1998 et 2017 au Canada (Ibrahim, 2019).

Parmi eux, 4% sont survenus entre des partenaires intimes de même sexe et la grande majorité d'entre eux (86%) impliquaient un homme, pareillement aux affaires entre partenaires de sexe opposé (Ibrahim, 2019).

Il existe également une forme de violence spécifique aux couples de même sexe : le contrôle homophobe. Il est défini comme le fait que « l'agresseur utilise à son avantage les préjugés homophobes et hétérosexistes du grand public, aussi bien que notre propre hétérosexisme intégré, pour dominer davantage et contrôler leur partenaire » (Réseau canadien pour la santé des femmes, 2000). Cela peut se manifester par des comportements tels que menacer son·sa partenaire de dévoiler sa sexualité à sa famille, ses collègues, employés ou autres (Renzetti, 1992) ou des comportements renforçant l'homophobie intériorisée, comme le fait de dire à son·sa partenaire qu'il·elle mérite les violences à cause de sa sexualité (Badenes-Ribera et al., 2015). Ce concept est cependant encore très peu étudié et la majorité des études qui traitent des violences conjugales dans la diversité sexuelle se contentent de le mentionner, demandant que de plus amples recherches soient faites sur le sujet (Badenes-Ribera et al., 2015; Kimmes et al., 2019). Pourtant, Kimmes et al. (2019), qui n'ont pas intégré ce concept dans leur méta-analyse, vont jusqu'à penser qu'être victime de contrôle homophobe pourrait être un des facteurs de risque de victimisation les plus importants dans le couple, chez les hommes comme chez les femmes. Il est donc important de le prendre en compte.

1.2.3. Les difficultés de prise en charge des personnes de la diversité sexuelle et de genre victimes de violences conjugales

Il existe de nombreux préjugés entourant les violences conjugales et la diversité sexuelle et de genre qui viennent non seulement affecter la recherche, mais aussi la prise en charge des individus de la communauté LGBTQ+ victimes de violences conjugales. Parmi ces préjugés existe le fait que les violences conjugales seraient perpétrées seulement par les hommes sur les femmes (Burke & Follingstad, 1999), que les femmes ne seraient pas violentes (Réseau canadien pour la santé des femmes, 2000), et que les violences conjugales au sein des couples de même sexe seraient rares, voire inexistantes (Edwards et al., 2015) car la violence entre deux hommes ou deux femmes serait une « querelle » entre égaux et les relations lesbiennes seraient plus saines et reposeraient sur un pied d'égalité (Institut national de Santé Publique du Québec, n.d.; Réseau canadien pour la santé

des femmes, 2000). Ces croyances viennent normaliser, minimiser et invisibiliser les violences conjugales dans les relations de même sexe (Edwards, Sylaska et Neal, 2015).

Plusieurs facteurs peuvent également faire obstacle à la demande d'aide chez les femmes de la diversité sexuelle victimes de violences conjugales. En premier lieu, l'entourage ne semble pas toujours disposé ni compétent à repérer les problèmes liés à la violence conjugale dans les couples de même sexe, ce qui peut expliquer qu'elles aient du mal à se tourner vers leurs proches ou vers des professionnels de santé pour obtenir du soutien ou de l'aide (Gehring & Vaske, 2017). Les cliniciens ne sont pas toujours formés à évaluer la violence conjugale dans les couples de même sexe et ne comprennent pas nécessairement les techniques de contrôle utilisées par les agresseurs (Stiles-Shields & Carroll, 2015). En second lieu, rapporter les violences conjugales peut impliquer de devoir révéler son orientation sexuelle à sa famille, ses amis, ou la police, et donc, pour certain·e·s, risquer des discriminations ou un rejet (Ard & Makadon, 2011; Brown, 2008). Les personnes de la communauté LGBTQ+ ont souvent moins de soutien social, ce qui peut les maintenir isolées dans leur relation violente et augmenter les difficultés à aller chercher de l'aide (Ard & Makadon, 2011; Brown, 2008). Enfin, les personnes de la communauté LGBTQ+ ont tendance à cacher les violences conjugales dont elles sont victimes afin de protéger leur communauté contre la discrimination et les stéréotypes négatifs développés par le grand public (Réseau canadien pour la santé des femmes, 2000).

Une fois l'aide demandée, l'obtenir n'est pas simple. D'abord, les options de services sont généralement limitées pour la communauté LGBTQ+ : les centres d'aide actuels ont tendance à exclure les victimes de violences conjugales lesbiennes et gaies et la plupart des programmes utilisent un modèle de référence hétérosexuel, offrant de l'aide aux femmes hétérosexuelles seulement (Gehring & Vaske, 2017). Ensuite, les recherches montrent une absence d'intervenants qualifiés pour répondre aux besoins spécifiques de cette population. Les intervenants n'ont pas toujours les compétences culturelles pour offrir un soutien informé et correctement aider les victimes (Ard & Makadon, 2011; Brown, 2008; Ford et al., 2013; Gehring & Vaske, 2017; Kubicek, 2018; Stiles-Shields & Carroll, 2015). Les interventions ne sont pas adaptées aux personnes de la diversité sexuelle et de genre : elles ne prennent pas en compte les perspectives sociétales associées au fait d'être dans une relation de même sexe, la manière dont les conflits sont négociés dans ces couples, le passé de discrimination des individus de la diversité sexuelle et de

genre, ou le fait que ces personnes vivent un taux plus élevé de problèmes associés aux violences conjugales (Kubicek, 2018). Enfin, les femmes de la diversité sexuelle sont souvent traitées différemment par le système judiciaire et par la police, la perception du danger et la crédibilité de la victime étant influencées par le genre et l'orientation sexuelle des membres du couple (Brown, 2008; Russell, 2018).

Ces difficultés liées à la prise en charge rendent les personnes LGBTQ+ victimes de violences conjugales plus vulnérables (Brown, 2008), augmentant le risque de revictimisation et que la victime retourne vers son agresseur (Ard & Makadon, 2011; Ford et al., 2013; Stiles-Shields & Carroll, 2015). Les conséquences des violences en sont d'autant plus importantes, sur une communauté déjà vulnérable aux problèmes de santé mentale.

1.3. La communauté LGBTQ+ et les problèmes de santé mentale

De nombreux sondages populationnels états-uniens comme le *National Health Interview Survey* (Gonzales et al., 2016), le *National Health and Nutritional Examination Survey* (López et al., 2021) ou encore l'étude longitudinale *Midlife in the United States* (Cochran et al., 2003) montrent que les hommes et les femmes gais, lesbiennes et bisexuel·le·s rapportent plus de détresse psychologique, de symptômes de dépression, de crises de panique, de symptômes du trouble d'anxiété généralisée et de problèmes de consommation que les personnes hétérosexuelles (Cochran et al., 2003; Gonzales et al., 2016; López et al., 2021). Une revue systématique de la littérature rassemblant 28 études, comprenant en tout 214 344 personnes hétérosexuelles et 11 971 personnes non hétérosexuelles, montre que les problèmes de dépression, d'anxiété et d'abus de substance et d'alcool sont au moins 1,5 fois plus élevés chez les personnes LGB (lesbienne, gay et bisexuel.le.s) que chez les personnes hétérosexuelles (King et al., 2008).

Les personnes de la diversité de genre ont également plus de problèmes de troubles anxieux, de dépression, de détresse psychologique, de troubles alimentaires et de risque d'avoir contemplé le suicide, d'avoir des idéations suicidaires et d'avoir fait des tentatives de suicide que les personnes cisgenres (Lefevor et al., 2019).

Ces chiffres sont potentiellement plus importants aujourd'hui étant donné la pandémie de COVID-19 qui nous touche depuis 2020 et la période de confinement et de distanciation physique qui s'est ensuivie. En effet, des études récentes mettent en avant l'effet négatif de cette période sur la santé

mentale des individus (Shamblaw et al., 2021) et la police ainsi que les maisons d'hébergement observent une recrudescence de la violence conjugale (Monastesse, 2020; Terriennes, 2020). La communauté LGBTQ+ semble particulièrement touchée : les minorités sexuelles rapportent moins d'épanouissement, plus de détresse psychologique, plus de distanciation sociale, et plus de préoccupations dues à la COVID-19 que les personnes hétérosexuelles (Baumel et al., 2021; Solomon et al., 2021).

1.4. Vulnérabilité de la communauté LGBTQ+ : modèle explicatif et hétérogénéité de la communauté

Les vulnérabilités des individus de la diversité sexuelle et de genre face aux violences conjugales et à la santé mentale peuvent s'expliquer en partie par le modèle du stress minoritaire (1.4.1), mais étudier cette communauté dans son ensemble pour comprendre ces vulnérabilités serait réducteur étant donné son hétérogénéité (1.4.2).

1.4.1. Modèle explicatif de la vulnérabilité de la communauté LGBTQ+ : le modèle du stress minoritaire

Le modèle du stress minoritaire (I. H. Meyer, 2003) explique la vulnérabilité accrue de la communauté LGBTQ+ face aux problèmes de violences conjugales et de santé mentale par le fait que des facteurs de stress spécifiques aux minorités viennent s'ajouter aux stressseurs généraux dont la population générale peut souffrir (difficultés économiques, perte d'emploi, etc.). Dans le cas des minorités sexuelles et de genre, les facteurs de stress peuvent être exogènes : il s'agit de tous les préjugés vécus à cause de son identité sexuelle et de genre (harcèlement, discrimination, agressions physiques, etc.). Mais ils peuvent aussi être endogènes : il s'agit de la stigmatisation anticipée, qui se définit comme le stress causé par le fait de s'attendre à être stigmatisé ; du degré de non-dévoilement de sa sexualité ; et de l'homophobie ou de la transphobie intériorisée, qui se définissent comme l'internalisation de valeurs sociales négatives concernant son identité sexuelle et de genre (I. H. Meyer, 2003). Depuis sa création, ce modèle a été complété et affiné, comme nous le verrons plus bas.

Pour démontrer son modèle théorique, I. H. Meyer (2003) fait une revue de la littérature dans laquelle il montre que plus le niveau de stress minoritaire est grand dans la communauté LGB, plus il a d'impact sur les problèmes de santé mentale : la stigmatisation donne lieu à de l'aliénation, à

un manque d'intégration à la communauté, à des problèmes d'acceptation de soi et est lié à des symptômes dépressifs, à l'abus de substances et à des idéations suicidaires (I. H. Meyer, 2003). Depuis, son modèle théorique a été repris par de nombreux auteurs, démontrant une association entre les facteurs de stress minoritaire et la faible estime de soi, la détresse psychologique, les symptômes dépressifs, l'abus de substance, les symptômes de trouble de l'anxiété généralisée, l'anxiété sociale, la dysthymie, les idéations suicidaires et le suicide (Dyar & London, 2018; Frost & Meyer, 2009; Hatzenbuehler, 2014; Herek et al., 2009; Lehavot & Simoni, 2011; Mahon et al., 2021).

Une partie de la littérature démontre également des liens entre les facteurs de stress minoritaire et la perpétration et la victimisation de violences conjugales (Badenes-Ribera et al., 2019; Balsam & Szymanski, 2005; Carvalho et al., 2011; Edwards et al., 2015; Edwards & Sylaska, 2013; Kimmes et al., 2019; Longobardi & Badenes-Ribera, 2017; McKenry et al., 2006; Milletich et al., 2014). Les études récentes ont tendance à mettre en avant l'importance de l'impact de l'homophobie intériorisée sur la perpétration et la victimisation conjugale (Badenes-Ribera et al., 2019; Edwards & Sylaska, 2013; Kimmes et al., 2019). Une théorie pourrait expliquer cette double association. D'abord, les individus LGBTQ+ qui ont un ressenti négatif à propos d'eux-mêmes et de leur orientation sexuelle sont enclins à projeter leurs sentiments négatifs (leur homophobie intériorisée) sur leur partenaire, menant à des actes de violence, notamment homophobes, visant à éradiquer le sentiment de fierté d'être une personne LGBTQ+ de son partenaire (Balsam & Szymanski, 2005; Carvalho et al., 2011; Stiles-Shields & Carroll, 2015). Ce processus peut venir renforcer l'homophobie intériorisée et le sentiment de responsabilité de la victime (Balsam & Szymanski, 2005; Carvalho et al., 2011). De plus, les victimes qui ont un ressenti négatif à propos de leur appartenance à la diversité sexuelle peuvent penser que, ne réfrénant pas leurs désirs, elles méritent les mauvais traitements qu'elles subissent, et donc voir l'abus comme une conséquence naturelle de leur identité LGBTQ+ (Carvalho et al., 2011; Stiles-Shields & Carroll, 2015).

Ces associations ne sont cependant pas toujours directes. De nombreuses variables tierces peuvent agir comme modérateur ou médiateur dans la relation entre les violences conjugales, le stress minoritaire et la santé mentale. Parmi elles, les facteurs de résilience comme la fierté d'appartenir à la minorité sexuelle, la connexion à la communauté, ou encore le soutien social personnel, sont des stratégies d'adaptation qui permettent aux personnes de la communauté LGBTQ+ de surmonter

le stress minoritaire et d'en atténuer les conséquences négatives (Dyar & London, 2018; Herek et al., 2009; Lehavot & Simoni, 2011; Lewis et al., 2012; Mahon et al., 2021; I. H. Meyer, 2003; Testa et al., 2014). La fusion (Badenes-Ribera et al., 2019; Longobardi & Badenes-Ribera, 2017; Milletich et al., 2014), une variable spécifique aux couples de femmes définie comme un amincissement des limites entre deux personnes tel qu'elles en perdent leur sens d'elles-mêmes (Krestan & Bepko, 1980), la consommation d'alcool (Lewis et al., 2012, 2017), ou encore la qualité de la relation (Balsam & Szymanski, 2005; Longobardi & Badenes-Ribera, 2017) sont aussi des facteurs connus pour être des médiateurs potentiels dans les relations entre les variables de stress minoritaire et la violence conjugale au sein des couples de femmes.

1.4.2. L'hétérogénéité de la communauté LGBTQ+

La population LGBTQ+ est éparse et hétérogène (Badenes-Ribera et al., 2015; Björkenstam et al., 2017; Dyar & London, 2018; Lefevor et al., 2019). Elle comprend à la fois la diversité sexuelle, qui se compose de toutes les personnes qui s'identifient comme non-hétérosexuelles, et la diversité de genre, qui comprend toutes personnes non cisgenres (dont le genre ne correspond pas totalement au sexe qui leur a été attribué à la naissance). Or, les personnes de la diversité sexuelle et celles de la diversité de genre n'ont pas toujours le même vécu de discrimination (Testa et al., 2014). Bien que les facteurs de stress minoritaire sexuel s'appliquent aussi à la diversité de genre lorsqu'ils y sont adaptés, ces personnes peuvent subir des expériences qui leur sont uniques, comme la non-affirmation. Testa et al. (2014) ont adapté le modèle du stress minoritaire de I. H. Meyer (2003) pour qu'il soit plus représentatif des personnes de la diversité de genre et définissent ce concept comme un facteur de stress minoritaire exogène, qui a lieu lorsque le sens d'identité de genre d'une personne n'est pas affirmé par les autres, lorsqu'une personne trans est mégenrée par exemple.

De plus, bien que tous les sous-groupes de la diversité sexuelle et de genre aient plus de risques d'avoir consulté pour un problème de dépression ou d'anxiété et d'avoir vécu des violences conjugales que les personnes hétérosexuelles (Björkenstam et al., 2017; Walters et al., 2013), certains sous-groupes semblent plus vulnérables que d'autres aux problèmes de santé mentale et de violences. Les femmes, en particulier bisexuelles, sont un des sous-groupes les plus vulnérables à ces problèmes (Björkenstam et al., 2017; Dyar & London, 2018; Goldberg & Meyer, 2013; Walters et al., 2013) et le plus touché par le stress minoritaire sexuel (Dürbaum & Sattler, 2020; Prell & Traeen, 2018). La vulnérabilité accrue des femmes bisexuelles peut s'expliquer par la

binégativité (ou biphobie) pouvant provenir à la fois des personnes hétérosexuelles et des personnes de la communauté LGBTQ+ qui ont une identité monosexuelle (les personnes gaies ou lesbiennes) (Dyar & London, 2018). Les personnes *genderqueer* (qui ne se conforment pas à la binarité de genre) seraient également plus vulnérables face aux troubles anxieux, à la dépression, à la détresse psychologique et aux troubles alimentaires que les personnes trans qui se conforment à la binarité de genre (Lefevor et al., 2019), démontrant l'hétérogénéité de la diversité de genre.

Malgré ces constatations, les problèmes de conceptualisation de la sexualité et du genre comptent parmi les principales lacunes actuelles de la recherche sur la communauté LGBTQ+ en sciences sociales (Badenes-Ribera et al., 2015; I. H. Meyer, 2003). Badenes-Ribera et al. (2015) recensent trois principaux problèmes concernant des aprioris sur la communauté LGBTQ+. Premièrement, les sondages généraux de victimisation ont tendance à présumer l'hétérosexualité des participants, et/ou à présumer le genre du partenaire du répondant en fonction de son orientation sexuelle (Badenes-Ribera et al., 2015). Deuxièmement, l'orientation sexuelle de la personne (la manière dont elle s'identifie) et son comportement sexuel (avec qui elle a des relations) sont souvent confondus (Badenes-Ribera et al., 2015). Troisièmement, les études ont tendance à regrouper plusieurs sous-groupes de la communauté LGBTQ+ et à leur poser les mêmes questions, sans prendre en compte les spécificités de chacun (Badenes-Ribera et al., 2015).

Il est donc important de différencier les sous-groupes de la communauté LGBTQ+. Pour ce faire, il est possible d'utiliser les différents continuums liés à la diversité sexuelle et de genre que sont l'attraction sexuelle (pour qui un individu éprouve du désir sexuel), l'attraction romantique (pour qui un individu éprouve du désir romantique), le comportement sexuel (avec qui l'individu a des relations sexuelles ou romantiques), l'identification à un groupe (à quel sous-groupe l'individu s'identifie), l'identité de genre (le genre auquel une personne s'identifie, sans égard à ses caractéristiques corporelles), l'expression de genre (l'apparence de l'individu, sans égard à son genre) et les caractéristiques corporelles sexuelles (Dubuc, 2017; Igartua & Montoro, 2015).

1.5. Problématisation

Cette recension de littérature nous permet de constater que la population LGBTQ+ est particulièrement vulnérable aux problèmes de violences conjugales (Edwards et al., 2015; Goldberg & Meyer, 2013; Lewis et al., 2012) et de santé mentale (Björkenstam et al., 2017; Dyar & London, 2018; Gonzales et al., 2016; Lefevor et al., 2019; López et al., 2021). Il s'agit cependant

d'un groupe hétérogène : de toute la communauté LGB (lesbiennes, gais et bisexuel.le.s), les femmes, en particulier bisexuelles, sont un des sous-groupes les plus à risque d'être victime de violences conjugales (Goldberg & Meyer, 2013) et de souffrir de problèmes de santé mentale (Björkenstam et al., 2017; Dyar & London, 2018), c'est pourquoi il est important de les étudier afin de mieux comprendre leur réalité et ainsi mieux les soutenir. Le modèle du stress minoritaire (I. H. Meyer, 2003) explique cette vulnérabilité accrue par le fait que les individus LGBTQ+ subissent des facteurs de stress structurels, spécifiques au fait d'appartenir à la minorité sexuelle, qui viennent s'ajouter aux stressseurs généraux, et qui peuvent affecter la santé mentale (Dürbaum & Sattler, 2020; LeBlanc & Frost, 2019; I. H. Meyer, 2003; Prell & Traeen, 2018) et les relations des individus (Balsam & Szymanski, 2005; Carvalho et al., 2011; Edwards & Sylaska, 2013; Longobardi & Badenes-Ribera, 2017).

Malgré ces connaissances, les liens entre la victimisation conjugale et la santé mentale dans la population LGBTQ+ sont toujours peu étudiés (Gehring & Vaske, 2017). De plus, beaucoup d'études l'examinent comme un tout homogène ou font des amalgames entre les différents continuums liés à la diversité sexuelle et de genre, faussant ainsi les résultats (Badenes-Ribera et al., 2015). Il est donc important d'étudier distinctement les différents sous-groupes qui forment la communauté LGBTQ+.

Ainsi, en utilisant le modèle du stress minoritaire sexuel de I. H. Meyer (2003), cette étude a pour but de contribuer à la recherche sur la violence conjugale dans la communauté LGBTQ+ en étudiant la santé mentale des femmes de la diversité sexuelle canadienne ayant été victimes de violences conjugales dans le passé, et les facteurs de stress spécifiques dont elles peuvent souffrir.

1.6. Objectifs de la recherche

Le but général de cette étude est d'étudier l'impact des facteurs de stress minoritaire et des différentes formes de victimisation conjugale sur les symptômes de dépression et d'anxiété chez les femmes de la diversité sexuelle, en fonction de leur identité sexuelle et de genre.

Notre premier objectif est d'étudier les liens entre les différentes formes de victimisation conjugales passées et les symptômes de dépression et d'anxiété chez les femmes de la diversité sexuelle canadienne. Nous avons émis l'hypothèse que les violences autant physiques (Laforest & Gagné, 2018; McKenry et al., 2006; Poupart & Leroux, 2018), que psychologiques (Mechanic et

al., 2008) et sexuelles (Barker et al., 2019; Bennice & Resick, 2003) seraient positivement liées aux troubles de santé mentale. La victimisation homophobe pourrait également avoir un effet sur la santé mentale des participantes (Badenes-Ribera et al., 2015; Kimmes et al., 2019). Notre deuxième objectif est d'examiner l'impact des facteurs de stress minoritaire (les préjudices vécus, la stigmatisation anticipée, le non-dévoilement de sa sexualité et l'homophobie intériorisée) sur les symptômes de dépression et d'anxiété. Nous avons émis l'hypothèse que le stress minoritaire serait positivement associé aux symptômes de dépression et d'anxiété (Dyar & London, 2018; Lehavot & Simoni, 2011; Mahon et al., 2021; I. H. Meyer, 2003), même en ajoutant la victimisation conjugale en tant que variable contrôle.

Pour ce faire, nous avons divisé dans notre échantillon les femmes de la diversité sexuelle en quatre sous-groupes, distinguant ainsi les femmes lesbiennes ou gaies, les femmes de la diversité sexuelle qui ne sont pas strictement attirées par les femmes (qui s'identifient comme bisexuel·les, pansexuel·les, *queer* ou autre), les femmes cisgenres et les femmes de la diversité de genre (qui s'identifient comme trans, *genderqueer*, non-binaires ou autre). Nous avons également mesuré l'âge et l'identité ethnique en tant que potentielles covariables (Foran & O'Leary, 2008; Keyes et al., 2002; López et al., 2021).

Chapitre 2 – Méthodologie générale

Ce chapitre décrit la méthodologie utilisée pour ce travail de recherche. Le chapitre suivant est un article scientifique, contenant également une partie méthodologie. Bien que ces éléments soient répétitifs, le chapitre ci-dessous est plus détaillé et donc plus complet.

2.1. Échantillonnage

Nous avons examiné les facteurs de stress minoritaires, les problématiques de santé mentale et les violences conjugales en fonction des différentes variables identitaires à l'aide d'un questionnaire. Notre recrutement a été réalisé pendant la pandémie de COVID-19 et a donc été pensé dans un contexte de distanciation sociale où le risque de violence conjugale est accru (Monastesse, 2020; Terriennes, 2020). Nous avons fait le choix de faire ce questionnaire en ligne, cette méthode nous paraissant la plus simple et la moins risquée pour recruter des participants pendant la pandémie de COVID-19, et la communauté LGBTQ+ étant plus facile à atteindre par ce biais (Kubicek, 2018). Nous avons également limité notre recrutement aux personnes qui ont vécu des violences conjugales dans le passé, mais qui n'en vivent plus aujourd'hui. Cette restriction est cependant exigeante : elle demande d'abord que la personne ait quitté sa partenaire, ce qui n'est pas toujours simple dans un cadre de violence (Organisation mondiale de la Santé, 2012), mais aussi qu'elle reconnaisse avoir été victime et/ou agresseur et qu'elle ait envie d'en parler. C'est pourquoi nous avons choisi de faire une étude pancanadienne, maximisant nos chances d'atteindre un nombre de participants suffisant pour faire nos analyses.

Ainsi, les personnes s'identifiant comme femme qui ont vécu des violences conjugales dans une relation avec une femme par le passé étaient invitées à répondre à notre questionnaire en ligne. Ils·elles devaient également avoir au moins 18 ans, vivre au Canada, et parler français ou anglais. Après avoir rempli le formulaire de consentement, les participant·e·s devaient répondre à deux questions de sécurité servant de critère d'exclusion, permettant de s'assurer qu'ils·elles ne vivaient pas actuellement de violences conjugales et qu'ils·elles ne prenaient pas de risque pour leur bien-être en répondant à notre sondage. Après avoir complété le questionnaire, les participant·e·s avaient la possibilité de nous laisser leur adresse courriel pour être inclus·e·s dans un tirage au sort et avoir l'opportunité de gagner une carte Visa cadeau prépayées de 50 CAD. Par souci d'anonymat, les

adresses courriel ont été retirées de notre base de données et gardées dans un document protégé. Les données ont été récoltées via Survey Monkey, une plateforme de sondage utilisant des connexions sécurisées et cryptées (cryptage SSL).

Le recrutement s'est fait essentiellement via des organismes communautaires LGBTQ+ qui ont accepté de diffuser notre affiche dans leurs locaux, sur leurs réseaux sociaux, sur leurs sites internet et dans leurs listes de distributions. Cette méthode est communément utilisée pour recruter la communauté LGBTQ+ car elle permet de mieux la cibler. De plus, plusieurs intervenant·e·s de ces centres nous ont informé que leurs communautés étaient souvent engagées et prêtes à participer à des études. C'est le cas notamment des personnes de la diversité de genre qui ont été pendant longtemps exclues des études et qui luttent pour être représentées dans la recherche. Le Centre de Solidarité Lesbienne, Queer McGill, *Skipping Stone*, l'Association Canadienne de Santé Publique, *Enchanté Network*, *Pride Centre of Edmonton*, *Out Saskatoon*, *Halifax Sexual Health Centre*, *Planned Parenthood Newfoundland and Labrador Sexual Health Centre*, *Guelph Resource Centre for Gender Empowerment and Diversity*, la Coalition d'aide à la diversité sexuelle de l'Abitibi-Témiscamingue, le GRIS Montréal, le GRIS Québec, le Centre Communautaire LGBTQ+ de Montréal, la Coalition des Familles LGBT+, le Réseau des lesbiennes du Québec, le Groupe d'Action Trans de l'Université de Sherbrooke, le Groupe d'Action Trans de l'Université de Montréal, Alterhéros, la Fondation Émergence, et l'équipe de recherche de Valérie Roy qui dirige actuellement l'étude ViaLGBTQ2+, ont pris part à cette diffusion. L'affiche a également circulé dans des réseaux moins ciblés, comme les réseaux de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, la liste de diffusion de la SQRP, Twitter, Instagram, Kijiji, Reddit, des pages Facebook d'échanges de sondage et d'associations étudiantes et des groupes Facebook LGBTQ+ et de lutte contre les violences conjugales.

2.2. Opérationnalisation des variables

Le questionnaire mesure cinq volets : les variables sociodémographiques (âge, région, niveau d'éducation, ethnie, situation familiale, durée de la relation, cohabitation), les variables identitaires (identité de genre, sexe attribué à la naissance, attirance sexuelle, identification à un groupe, comportement sexuel), la santé mentale (symptômes de dépression et d'anxiété), les violences conjugales (physiques, psychologiques, sexuelles et homophobes) et le stress minoritaire (préjudice vécu, anticipation de la discrimination, dévoilement de sa sexualité et homophobie

intériorisée). Il comprend en tout 127 items et était disponible en anglais et en français, à la convenance des participantes.

2.2.1. Variables identitaires

L'identité de genre est mesurée à l'aide du *Multidimensional Sex/Mesure* (Bauer et al., 2017), un outil en trois items qui permet d'avoir des informations sur le sexe biologique, l'identité et le genre de la personne. La version française de ce questionnaire a été créée par l'équipe de recherche du laboratoire CÉSAR du CRIUSMM.

L'identité sexuelle est mesurée en demandant aux participants comment ils s'identifient sur une échelle allant de (0) exclusivement hétérosexuel·le à (7) exclusivement homosexuel·le, en passant par (8) asexué·e, non sexuel·le et (9) autre. De la même manière, l'attraction sexuelle est mesurée sur une échelle allant de (0) seulement attiré·e par les femmes à (7) seulement attiré·e par les hommes, en passant par (8) pas certain·e et (9) autre. Un item mesurant le comportement sexuel de la personne a été ajouté pour un portrait plus complet de l'identité sexuelle de la personne et se présente de la même manière que l'item sur l'attraction sexuelle.

2.2.2. Stress minoritaire

Le stress minoritaire est mesuré grâce à quatre outils préexistants, mesurant chacun un des concepts rattachés à cette notion. N'ayant pas pu trouver de versions françaises consistantes et validées pour ces questionnaires, nous avons procédé à une traduction par méthode de traduction inverse.

Le préjudice vécu est mesuré grâce à la version adaptée (Arambula et al., 2016) de *l'Heterosexist Harassment Rejection and Discrimination Scale* (Szymanski, 2006). L'échelle originale montre une bonne validité de construit (Szymanski, 2006). La version utilisée est plus inclusive de la diversité sexuelle et de genre dans son ensemble, et mesure le préjudice vécu sur toute la vie et non sur un an. Sa structure est consistante à la version originale et elle est approuvée par l'auteure de l'échelle originale (Arambula et al., 2016). Elle comprend 14 items séparés en 3 sous-échelles, mesurant le harcèlement et le rejet, la discrimination au travail et à l'école, et d'autres discriminations sur une échelle allant de (0) ce n'est jamais arrivé à (4) c'est arrivé au moins 20 fois auparavant. Elle montre une bonne consistance interne dans la présente étude ($\alpha = 0,90$).

La discrimination anticipée est mesurée par le *Stigma Consciousness Questionnaire* (Pinel, 1999). Ce questionnaire comprend 10 allitérations mesurant la manière dont la personne se sent affectée

par son orientation sexuelle sur une échelle de Lickert allant de (0) pas du tout d'accord à (6) tout à fait d'accord. La version anglaise du questionnaire pour les hommes gays et les femmes lesbiennes (Pinel, 1999) a été utilisée dans plusieurs autres études depuis sa création (Carvalho et al., 2011; Lewis et al., 2003). Le terme « a homosexual » utilisé dans la version originale étant obsolète, nous l'avons remplacé par le terme « sexual minority women (SMW) » qui correspond mieux à notre échantillon et qui est plus inclusif. Pour ce qui est de la version française, nous avons adapté une version préexistante validée sur la perte auditive (Vincent et al., 2017). Ce questionnaire possède une bonne consistance interne dans notre échantillon ($\alpha = 0,85$).

Le degré de dévoilement est mesuré à l'aide d'un questionnaire créé par I. H. Meyer et al. (2002), réutilisé dans plusieurs autres études depuis (Frost et al., 2013; Frost & Meyer, 2009; Timmins et al., 2020). Il montre une bonne validité et utilise un vocabulaire simple (Frost et al., 2013) pour mesurer à quel point un individu a dévoilé sa sexualité dans plusieurs sphères de sa vie. Il est composé de cinq items mesurés sur une échelle de Likert en 4 points et présente une bonne consistance interne dans notre échantillon ($\alpha = 0,83$).

Enfin, l'homophobie intériorisée est mesurée à l'aide des sous-échelles *Connection With the Lesbian Community*, *Public Identification as a Lesbian*, *Personal Feelings About Being a Lesbian*, et *Attitudes Toward Other Lesbians* de la *Lesbian Internalized Homophobia Scale* (LIHS; Szymanski & Chung, 2001). Les versions anglaises et françaises utilisées ont été adaptées afin d'être plus inclusives. Selon le contexte, le terme « lesbienne » a été remplacé par « communauté LBT », « femme LBT » ou « femme de la minorité sexuelle ». Chacun des items décrit un comportement ou une façon de penser que les participantes doivent noter sur une échelle allant de (1) faux, à (5) vrai. Il leur est également possible de répondre « je ne sais pas / ne veux pas répondre ». Chacune des sous-échelles montre une bonne consistance interne dans notre échantillon (α allant de 0,79 à 0,89).

2.2.3. La violence conjugale

Au vu de la nécessité de mesurer les violences conjugales avec un outil de mesure fiable et qui permette de comparer les résultats avec le plus grand nombre d'études possible, cette variable est mesurée avec le *Revised Conflict Tactic Scale – Short Form* (Straus & Douglas, 2004). Il s'agit d'une version courte du Questionnaire révisé sur la résolution des conflits conjugaux (CTS-2; M. Straus et al., 1996), le questionnaire le plus utilisé pour évaluer la violence dans le couple, y

compris dans le monde francophone (Boucher et al., 2017). La version courte se présente de la même manière que le CTS-2 (Straus et al., 1996), mais comprend 20 questions au lieu de 78, et ne prend que 3 minutes à compléter, ce qui permet de réduire le temps des sondages de recherche (Straus & Douglas, 2004). Pour chacune des 5 sous-échelles du CTS-2, deux items ont été choisis décrivant un comportement de violence sévère et un comportement moins sévère (Straus & Douglas, 2004). Chaque item décrit différents moyens de gérer le conflit dans le couple. Les questions renseignent d'abord sur les agissements du·de la participant·e puis sur les agissements de son·sa partenaire. La consistance interne du questionnaire est impossible à mesurer puisque le résultat ne se présente pas sous un score total (Straus & Douglas, 2004), mais il dispose d'une bonne validité convergente et d'une bonne validité de construit (Straus & Douglas, 2004). Deux items créés sur le même modèle ont été ajoutés afin de mesurer les violences homophobes dans le couple (Kimmes et al., 2019). Ils mesurent la victimisation et la perpétration de menaces de dévoilement de l'identité sexuelle du·de la partenaire à des individus de différentes sphères de vie.

2.2.4. La santé mentale

Les symptômes de dépression sont mesurés avec le *9-item Patient Health Questionnaire* (PHQ 9; Kroenke et Spitzer, 2002) et les symptômes d'anxiété avec le *Generalized Anxiety Disorder – 7 items Scale* (Spitzer et al., 2006). Ils comprennent respectivement 9 et 7 items. Le PHQ-9 fait partie des outils recommandés par l'INSPQ afin de repérer en première ligne la présence de symptômes dépressifs. Il possède une excellente sensibilité (88%), et une excellente spécificité (88%) (Kroenke et al., 2001). Le GAD-7 quant à lui présente une bonne validité de construit, de critère, une bonne validité factorielle et procédurale (Spitzer et al., 2006). Dans les deux cas, les participants doivent répondre en fonction de leur état psychologique et physique des deux dernières semaines sur une échelle de Likert allant de (0) jamais à (3) presque tous les jours et décrire leur niveau de fonctionnement malgré la présence de symptômes. Un score supérieur à 10 indique des symptômes modérés à sévères. Ces deux outils ont montré une bonne consistance interne dans notre échantillon ($\alpha = 0,91$ pour les deux outils).

2.3. Stratégies analytiques

Au total 400 personnes ont accédé au lien du sondage entre le 20 septembre 2020 et 9 avril 2021. 290 personnes ont ouvert le lien sans aller au-delà des questions de sécurité et de consentement, et

209 ont complété le questionnaire en entier. Le temps de complétion médian était de 19 minutes pour les participants qui ont répondu en entier au questionnaire.

Les variables concernant la perpétration de violences conjugales ont été exclues des analyses et la variable sur la victimisation homophobe a été dichotomisée, car les distributions étaient trop asymétriques pour être utilisées dans nos analyses.

Les variables concernant la fréquence de victimisation conjugale ont été calculées en additionnant les items de chacune des sous-échelles du CTS-2, créant ainsi trois variables continues allant de 0 à 12 pour la victimisation physique, sexuelle et psychologique. La LIHS a été séparée en trois différentes variables puisque chacune des sous-échelles mesurent une dimension distincte mais corrélée de l'homophobie intériorisée (Szymanski & Chung, 2001) et que la création d'une variable unique ne montrait pas une assez bonne consistance interne ($\alpha = 0,68$). La sous-échelle « Identification publique en tant que femme de la diversité sexuelle » a été exclue de nos analyses à cause d'un problème de colinéarité avec la variable « Non-dévoilement de son identité sexuelle » (le facteur d'inflation de la variance pour le non-dévoilement était de 2,9 lorsque la variable « identification publique en tant que femme de la diversité sexuelle » était intégrée dans notre modèle et descendait à 1,4 lorsqu'elle était retirée).

Nos analyses préliminaires comprennent des analyses descriptives et une matrice de corrélation contenant des corrélations de Pearson et des corrélations Point-Biserial permettant d'explorer les associations entre chaque variable étudiée. Nos analyses principales consistent en deux régressions hiérarchiques permettant de prédire les symptômes de dépression et les symptômes d'anxiété. Dans chacune des régressions, l'âge et l'appartenance à une minorité raciale étaient entrés en premier (Modèle 1). L'appartenance à la diversité de genre, et le fait de ne pas être strictement attiré par les femmes étaient entrés en deuxième (Modèle 2). Les variables : victimisation homophobe, physique, psychologique et sexuelle ont été entrées en troisième (Modèle 3). Les variables : préjudices vécus, stigmatisation anticipée, degré de non-dévoilement de sa sexualité, connexion à la communauté, sentiments négatifs sur le fait d'être une femme de la diversité sexuelle et attitudes négatives envers les autres femmes de la diversité sexuelle ont été entrées en dernier (Modèle 4). Toutes les analyses statistiques ont été faites sous la Version 26 du logiciel SPSS.

2.4. Considérations éthiques

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche – Société et culture (CER-SC) le 17 juillet 2020 (numéro de certificat : CERSC-2020-053-P). Un amendement au projet a été approuvé le 9 décembre 2020, ce qui a permis d'ajouter un financement de 250 CAD afin de mettre en place un tirage au sort de 5 cartes-cadeaux.

Notre recrutement ayant eu lieu pendant une période de confinement due à la pandémie de COVID-19, nous avons dû limiter notre mesure des violences conjugales aux violences passées pour protéger la sécurité et le bien-être de nos participantes. En effet, nous ne pouvions pas faire passer le questionnaire en personne et n'avions pas d'autres solutions afin de nous assurer que les participantes ne vivaient pas avec leur agresseur. Cela a eu des conséquences sur nos objectifs de recherche et nos résultats puisque les temps de mesures de nos variables diffèrent (la santé mentale et le stress minoritaire sont mesurés au moment de la passation du questionnaire, mais le vécu de violence est une expérience passée).

Chapitre 3 – Résultats

Les principaux résultats de ce mémoire reposent sur un article scientifique qui s'intitule *Stigma and mental health of sexual minority women victim of intimate partner violence*. Il a été soumis le 22 juin 2021 pour publication au *Journal of Interpersonal Violence*, une revue internationale avec comité de lecture qui se concentre sur l'étude et le traitement des victimes et des perpétrateurs de violences interpersonnelles.

Cet article est basé sur les travaux de recherche effectués dans le cadre de ce projet. En tant que première auteure, je me suis chargée de la revue de littérature, de la mise en place du protocole de recherche, du recrutement des participant·e·s, de la collecte de données, de l'analyse des résultats et de la rédaction du manuscrit. Robert-Paul Juster et Stéphane Guay, mes directeurs de maîtrise, ont supervisé tous mes travaux de recherche et ont révisé et approuvé le manuscrit.

Stigma and mental health of sexual minority women victims of past intimate partner violence

Fedele Emma, M. Sc candidate, School of Criminology, University of Montreal

Juster Robert-Paul, PhD., Department of Psychiatry and Addiction, University of Montreal

Guay Stéphane, PhD., School of Criminology and Department of Psychiatry and Addiction, University of Montreal

3.1. Abstract

Sexual minority women (SMW) are at high risk of experiencing stigma, mental health problems, and being victims of intimate partner violence (IPV). This vulnerability can be explained by the sexual and gender minority stress model, stating that sexual and gender minority people suffer from specific stress factors added to general stressors, leading to more mental health and relationship problems. **OBJECTIVE:** The main goal of this study was to assess the impact of minority stress factors of stigma and of different forms of past IPV victimization on the current mental health of Canadian SMW, as a function of their sexual and gender identity. **METHOD:** In total, 209 individuals identifying as women (M age = 33.9), living in Canada and who lived in a past violent relationship with a woman responded to an online survey. Well-validated questionnaires assessed sexual orientation and gender identity, IPV behaviors, minority stress factors, depression and anxiety. **RESULTS:** Hierarchical regressions showed that psychological aggression was positively associated with anxiety symptoms and sexual coercion with depressive symptoms. Not being strictly attracted to women (i.e., identifying as bisexual, pansexual, queer or something else) was also associated to high symptoms of depression and age was negatively associated to symptoms of anxiety. After controlling for age, race/ethnicity, sexual and gender identity and IPV victimization, having negative feelings about being a SMW was strongly associated with both depression and anxiety symptoms. **CONCLUSION:** These results provide new information on the interconnected associations among IPV, minority stress and SMW's mental health. Findings highlight the need to adapt clinical interventions to help buffer against victimization faced by IPV victims who identify as sexual and gender minorities.

Keywords: Domestic violence, GLBT, Mental Health and Violence, Criminology, Violence against GLBT

3.2. Introduction

Lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ+) individuals, particularly sexual minority women (SMW), are at an increased risk of mental health problems (Björkenstam et al., 2017; Dyar & London, 2018; Gonzales et al., 2016; Lefevor et al., 2019; López et al., 2021). They are also at increased risk of intimate partner violence (IPV) victimization (Edwards et al., 2015; Goldberg & Meyer, 2013; Lewis et al., 2012). IPV victimization can include physical, sexual, emotional abuse and controlling behaviors by an intimate partner or ex-intimate partner (World Health Organization, 2012). The minority stress model (I. H. Meyer, 2003) explains this vulnerability by the fact that sexual and gender minorities suffer from unique, chronic, social and structural forms of stigma and stress that are in addition to general stress factors. The link between IPV victimization and mental health in the LGBTQ+ population is still understudied compared to research on heterosexual relationships (Gehring & Vaske, 2017). Using the minority stress model, this study contributes to the research on LGBTQ+ victims of IPV by investigating depression and anxiety in SMW victims of same sex IPV, and the specific stress factors that influence associations.

3.2.1. Mental Health in the LGBTQ+ Community

Since the 2000s, the number of studies of mental health among the LGBTQ+ community or including LGBTQ+ people has increased. Multiple national American surveys using representative samples (Cochran et al., 2003; Gonzales et al., 2016; López et al., 2021) show that gay men, lesbian women and bisexual women and men suffer from more psychological distress, depressive symptoms, panic attacks, generalized anxiety disorder or substance use problems than heterosexual people. Gender diverse individuals also seem to be more vulnerable than cisgender individuals to generalized and social anxiety, depression, psychological distress, eating disorders and suicidal ideation (Lefevor et al., 2019). In particular, bisexual women (Björkenstam et al., 2017; Dyar & London, 2018) and genderqueer people (who do not conform to the gender binary) (Lefevor et al., 2019) seem to be two of the most vulnerable subgroups to mental health problems.

3.2.2. IPV Victimization and Mental Health

IPV victimization has multiple consequences, including mental illness. The World Health Organization reports that women who are abused suffer higher levels of depression, anxiety, phobias, emotional distress, thoughts of suicide and attempted suicide as well as alcohol and drug abuse, eating and sleep disorders, physical inactivity, poor self-esteem, post-traumatic stress

disorder, smoking, self-harm and unsafe sexual behaviors (World Health Organization, 2012). Physical violence is the most studied kind of IPV, but research highlights the unique contribution of psychological abuse and stalking behaviors to the prediction of depression as well (Lagdon et al., 2014; Mechanic et al., 2008) and the association of sexual IPV with greater risks of PTSD, depressive symptoms, problematic substance use and suicidality (Barker et al., 2019).

These associations are potentially amplified for members from the LGBTQ+ community (Gehring & Vaske, 2017; Hellemans et al., 2015; McKenry et al., 2006), particularly for women (McKenry et al., 2006). To date, the majority of IPV studies do not include LGBTQ+ people (Gehring & Vaske, 2017), and therefore do not include SMW. This omission exists despite the fact that SMW are one of the most vulnerable subgroups to IPV victimization (Ard & Makadon, 2011).

3.2.3. IPV in the LGBTQ+ Community

Research on IPV prevalence in the LGBTQ+ community reports inconsistent results. Studies vary greatly according to how IPV is defined and operationalized, the timeframe used and the sampling methods (Badenes-Ribera et al., 2015; Gehring & Vaske, 2017). Many studies are also prone to presume the sexuality of its respondents, without asking participants for their sexual identity and partner's gender, which can bias results (Badenes-Ribera et al., 2015).

Despite these problems, nationally representative surveys show that SMW are more vulnerable to IPV than other groups (Ard & Makadon, 2011; Goldberg & Meyer, 2013; Walters et al., 2013). As an example, the National Intimate Partner and Sexual Violence Survey showed that, on 16 507 respondents, 61.1% of bisexual women, 43.8% of lesbian women and 35% of heterosexual women reported experiencing rape, physical violence, and/or stalking within an intimate relationship at least once in their lifetime (Walters et al., 2013). Moreover, same sex IPV can take specific forms, like homophobic control, which can manifest itself as threatening to reveal the partner's sexual orientation, or as a behavior that reinforces internalized homophobia (Ard & Makadon, 2011; Badenes-Ribera et al., 2015; Kimmes et al., 2019). These unique forms of violence and LGBTQ+ specific stressors should be considered in IPV studies of SMW.

3.2.4. Minority Stress Factors, Mental Health and IPV

The original sexual and gender minority stress model defined by I. H. Meyer (2003) identifies four categories of minority stress factors: 1) *external prejudice* such as prejudice events, discrimination

or nonevents, defined as “anticipated events or experiences that do not come to pass” (Frost & Meyer, 2017, p. 1196); 2) *stigma consciousness*, described as expecting “negative regards from members of the dominant culture” (Frost & Meyer, 2017, p. 1196); 3) *outness degree* or *identity concealment*; and (4) *internalized homophobia*, defined as the internalization of negative social value about one’s sexuality (Frost & Meyer, 2017; I. H. Meyer, 2003). This model was primarily created to understand the vulnerability of the LGB (lesbian, gay, bisexual) community to mental health problems: stigmatization gives rise to alienation, a lack of integration to the community, self-acceptance problems and is positively associated with depressive symptoms, substance use and suicidal ideation (I. H. Meyer, 2003). Since then, this model was enriched and validated with different samples to be more inclusive of gender diversity (Testa et al., 2014). It shows direct and indirect associations between proximal and distal minority stress factors and general anxiety disorder, social anxiety, depression and substance use (Dyar & London, 2018; Hatzenbuehler, 2014; Herek et al., 2009; Lehavot & Simoni, 2011; Mahon et al., 2021), as well as IPV victimization and perpetration (Badenes-Ribera et al., 2019; Balsam & Szymanski, 2005; Carvalho et al., 2011; Edwards & Sylaska, 2013; Kimmes et al., 2019).

3.2.5. The Lack of Studies and the Heterogeneity of the LGBTQ+ Community

Studies among same-sex IPV survivors are still scarce compared to research on opposite-sex IPV (Badenes-Ribera et al., 2015; Gehring & Vaske, 2017). Moreover, most studies on IPV do not take into account the heterogeneity of the LGBTQ+ community and tend to confuse sexual orientation and behavior (Badenes-Ribera et al., 2015). Yet, a growing number of studies show that the experiences of suffering from mental health problems, IPV and minority stress differ substantially among subgroups of lesbian, bisexual, and gender diverse individuals. As seen above, lesbian and bisexual women seem to be the most-at-risk groups of being victims of IPV (Ard & Makadon, 2011; Goldberg & Meyer, 2013; Walters et al., 2013). Bisexual women and gender diverse people are more vulnerable to mental health problems than the rest of the community (Björkenstam et al., 2017; Dyar & London, 2018; Lefevor et al., 2019). Moreover, there is a higher correlation between minority stress and negative mental health outcomes in lesbian and bisexual women than in gay and bisexual men (Dürbaum & Sattler, 2020). In addition, bisexual women seem to experience more minority stress than lesbian women (Prell & Traeen, 2018).

3.2.6. Research Goals

The main goal of this study was to assess the impact of minority stress factors and different forms of past IPV victimization on the mental health of Canadian sexual minority women (SMW), as a function of their sexual and gender identity. Based on our literature review, we hypothesized that physical, psychological, sexual and homophobic victimization would have a significant effect on depression and anxiety symptoms. We also hypothesized that minority stress would be positively associated with depression and anxiety symptoms, even when controlling for IPV victimization. We divided SMW into subgroups using spectrums of sexual orientation and gender identity to distinguish between lesbian or gay women, SMW who are not strictly attracted by women (bisexual, pansexual, queer women or else), cisgender women and gender diverse women. We also measured age and race/ethnic identity as potential covariates.

3.3. Materials and Methods

3.3.1. Participants.

We recruited adults in Canada who self-identified as women and lived in a past violent relationship with a woman to answer our online survey. Recruitment was done through LGBTQ+ organizations, Facebook groups, listservs and via Instagram, Twitter and Reddit. From the 400 individuals who entered our survey, 209 completed it in its entirety.

3.3.2. General protocol.

This study was approved by the *Société et Culture* Research Ethics Committee (CER-SC) of the University of Montréal. Participants were invited to participate in the online survey from 11/2020 to 04/2021. Individuals first provided their consent, by checking that they read our electronic information and consent form and that they agreed to participate in the research project. Participants had to respond to two security questions that served as exclusion criteria, ensuring that they did not currently live in a violent relationship and did not expose themselves to a risk for their well-being when completing the survey. After completing the questionnaire, participants had the opportunity to give us their email address to be included in a random draw and had a chance to win one of five 50 CAD prepaid Visa credit cards.

3.3.3. Questionnaires.

Questionnaires were split into five sections and available in English or French. If no validated French version was available, we translated the English version of the tool using a back translation method. Questionnaires were completed electronically via Survey Monkey, a secured web-based questionnaire interface. The median value of time of completion was 19 minutes for participants who completed it in its entirety.

Sexual and gender identity.

Gender identity was measured with the 3-item Multidimension sex/gender measure (Bauer et al., 2017). Sexual identity was measured by asking participants how they identified themselves on a scale ranging from (1) exclusively heterosexual to (7) exclusively homosexual and (8) asexual and (9) other.

Sexual and gender minority stress.

Prejudice events were measured using an updated version (Arambula et al., 2016) of the Heterosexist, Harassment, Rejection and Discrimination Scale (Szymanski, 2006). This 14-item scale measures rejection and harassment, discrimination at school and work, and other discriminations on a scale ranging from (0) It never happened to (6) More than 20 times. This instrument showed good internal consistency in our sample ($\alpha = 0.90$).

Stigma consciousness was measured using an adapted version of the Stigma Consciousness Questionnaire for Gay Men and Lesbians (Pinel, 1999). This 10-item questionnaire measures how much an individual thinks they are judged on the basis of a stereotype on a 6-point Likert scale and showed good internal consistency in our sample ($\alpha = 0.85$).

Concealment was evaluated using an outness measure (I. H. Meyer et al., 2002). Participants were asked to indicate who they were “out” to about their sexual orientation using a 4-point Likert scale. This instrument showed good internal consistency in our sample ($\alpha = 0.83$).

Internalized homophobia was measured using the 13-item Connection to the Community, 16-item Public Identification as Lesbian, 8-item Personal Feelings About Being a Lesbian, and 8-item Attitudes Toward Other Lesbian subscales of the Lesbian Internalized Homophobia Scale (LIHS) (Szymanski & Chung, 2001). Questions were adapted to include all SMW. Each subscale showed

acceptable internal consistency in our sample (α s varied between 0.79 and 0.89). The Public Identification as a SMW subscale was removed from our analysis because of collinearity with the Concealment variable (variance inflation factor for Concealment was 2.9 when the subscale was integrated to our model and 1.4 when it was dropped).

IPV victimization.

Intimate partner victimization was measured using the Revised Conflict Tactics Scales – Short Form (CTS-2S; M. A. Straus & Douglas, 2004), measuring negotiation, physical assault, injury, psychological aggression and sexual coercion perpetration and victimization and their severity. Each 20 items are measured on a scale ranging from (0) It has never happened, to (6) More than 20 times. Homophobic violence was measured by creating two other items on the model of the CTS-2S.

Depression and anxiety.

Depression and anxiety symptoms were respectively measured using the Patient Health Questionnaire – 9 (Kroenke et al., 2001) and the Generalized Anxiety Disorder – 7 (Spitzer et al., 2006). These instruments measure depression and anxiety symptoms over the last two weeks on a 4-point Likert scale ranging from (0) Never to (3) Nearly every day. Both instruments showed good internal consistency in our sample (α s = 0.91).

3.3.4. Statistical analysis.

Age (in years) and race/ethnic identity were used as covariates. Race/ethnic identity was categorized as follows in our descriptive statistics: (1) White (2) Black (3) Indigenous/First Nations (4) Asian (5) Arab/Maghreb (6) Hispanic (7) other (8) mixed race/ethnicity. It was then dichotomized as (0) White, (1) person of color to be incorporated in our analyses. Variables measuring the frequencies of the different forms of IPV victimization were computed by summing items for each subscale, creating 3 continuous variables ranging from 0 to 12 for physical, sexual and psychological victimization. Homophobic victimization was dichotomized as it was too skewed to be incorporated in our analysis as a continuous variable. For mental health and minority stress, variables were computed by summing items together to create a final score for each screening tool, except for the LIHS, where we created three different variables since the subscales

are “distinct but correlated dimensions” (Szymanski & Chung, 2001, p. 48) and did not show good enough internal consistency when summed together ($\alpha = 0.68$).

Preliminary analyses consisted of Pearson’s and Point-Biserial correlations to explore associations among study variables. Our main analyses employed two hierarchical regressions, with depression and anxiety symptoms as dependent variables. In each regression, age and being a person of color were entered first (Model 1). Being gender-diverse and not being strictly attracted to women were entered next (Model 2). Third, frequencies of physical, psychological and sexual victimization, and the dichotomized measure of homophobic victimization were entered to account for intimate partner victimization (Model 3). Fourth, prejudice events, stigma consciousness, degree of concealment, degree of community connectedness, negative feelings about being a SMW and negative attitudes towards other SMW were entered to account for minority stress (Model 4). All statistical analyses used SPSS Version 26.

3.4. Results

3.4.1. Preliminary analysis.

Among our 209 participants 80.9% were White, 2.4% were Black, 1.4% were Indigenous/First Nations, 2.4% were Asian, 1.4% were Middle Eastern, 1.4% were Hispanic and 10% were mixed race/ethnicity. The mean age of our sample was 33.9, ranging from 19 to 68. Regarding sexual and gender identity, 36.8% were not strictly attracted to women (they identified as bisexual, heterosexual or other) and 27.8% were gender diverse. Seventy-six percent of the participants had been out of their violent relationship for more than one year and these relationships lasted on average 38.3 months. Seventy percent had been victims of physical assault, 48.3% of sexual coercion, 98.6% of psychological aggression and 20.1% of homophobic control. **Table 1** (p. 54) lists the sample’s descriptive statistics for demographics. **Table 2** (p. 55) provides study variable statistics and their correlation coefficients for descriptive purposes.

Table 1. – *Sample descriptive statistics*

Variables	Information
<i>N</i>	209
Age, <i>M</i> (SE)	33.9 (9.8)
Race/Ethnicity, %	
White	80.9
Black	2.4
Indigenous	1.4
Asian	2.4
Arab/Maghreb	1.4
Hispanic	1.4
Multi-racial	10.0
Region, %	
Alberta	13.4
British Columbia	9.6
Manitoba	0.5
New Brunswick	1.0
Newfoundland and Labrador	1.0
Nova Scotia	2.4
Ontario	22.5
Quebec	42.1
Saskatchewan	7.2
Relationship length (in months), <i>M</i> (SE)	38.3 (34.9)
Separation, %	
Less than a month	4.3
2 to 6 months	8.1
7 to 12 months	11.5
More than a year	76.1

Table 2. – *Descriptive statistics and correlation coefficients of all study variables*

Variable	M (SD)	Correlations															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.Age	33.9 (9.8)	–															
2.Person of color (0-1)	.19 (.39)	-.133	–														
3.Gender diverse (0-1)	.28 (.45)	-.108	–														
4.Not strictly lesbian (0-1)	.37 (.48)	-.168*	–														
5.Homophobic victimization (0-1)	.20 (.40)	-.023	–														
6.Physical victimization	3.83 (3.83)	.045	.105	.070	.042	.057	–										
7.Psychological victimization	7.69 (3.19)	.058	.090	.057	.062	.090	.609** (.628**)	–									
8.Sexual victimization	2.30 (3.17)	-.200** (-.217**)	.047	.192**	.201**	.255**	.350** (.250**)	.279** (.260**)	–								
9.Prejudice events	2.08 (1.04)	.018	-.044	.373**	-.024	.243**	.079	.070	.103 (.159*)	–							
10.Stigma consciousness	4.60 (1.21)	-.226**	.036	.221**	.204**	.138*	-.022	-.024	.144* (.201**)	.445**	–						
11.Concealment	1.64 (.67)	-.103 (-.171*)	.007	-.049	.318**	.151*	.035 (.027)	.099 (.056)	.247** (.180**)	-.187* (-.132)	.099 (.136*)	–					
12.Link to the community	2.47 (.61)	-.057	.071	-.078	-.077	.021	.058	.096	-.075 (-.104)	-.081	-.102	.182** (.166*)	–				
13.Negative feelings	1.60 (.69)	-.050 (-.031)	-.031	.058	.149*	.131	.062 (.108)	-.009 (.043)	.099 (.051)	.099 (.009)	.176* (.148*)	.339** (.330**)	.368** (.408**)	–			
14. Negative attitudes	1.56 (.59)	.124 (.151*)	.181**	-.119	-.121	.021	.130 (.128)	.005 (.017)	-.078 (-.177*)	.021 (.051)	-.162* (-.156*)	.047 (.031)	.294** (.292**)	.233** (.246**)	–		
15.Depressive symptoms	9.89 (6.96)	-.204**	.039	.122	.244**	.146*	.061	.107	.265** (.265**)	.099	.186*	.173* (.152*)	.034	.299** (.279**)	.031 (.008)	–	
16. Anxiety symptoms	8.67 (5.81)	-.239**	.032	.098	.205*	.150*	.077	.184**	.248** (.256**)	.146*	.233**	.076 (.047)	-.012	.242** (.177*)	-.021 (-.022)	.710**	–

* p < .05. ** p < .01.

Scores between two continuous variables are Pearson's correlations. Scores in brackets are Spearman's correlation and appear when one of Pearson's correlations assumptions was violated. Scores between a continuous variable and a dichotomous variable (0-1) are Point Biserial correlations.

3.4.2. Main analysis.

Hierarchical regressions were employed in four steps: Model 1 with only covariates, Model 2 with covariates and subgroups, Model 3 with covariates, subgroups and intimate partner victimization variables, and Model 4 with covariates, subgroups, victimization and minority stress factors. All tests of multicollinearity were in an acceptable range, as determined by variance inflation factors ranging from 1.02 to 1.78 for depression and anxiety symptoms.

Table 3 (p. 57) reports all regression coefficient information for depression. Model 1 with only covariates was significant ($F_{(2;206)} = 4.51, p < .05, R^2 = .04$): only age was negatively associated with depressive symptoms ($\beta = -.20, p < .01$). Entering subgroups in Model 2 ($F_{(4;204)} = 4.20, p < .01, R^2 = .09$) provided a slightly better fit ($\Delta p = .005, \Delta R^2 = .05$): depressive symptoms were positively associated with not being strictly attracted to women ($\beta = .21, p < .01$), but not with being gender-diverse. Model 3 ($F_{(8;200)} = 3.92, p < .01, R^2 = .14$) provided a better fit ($\Delta p = .038, \Delta R^2 = .05$): depressive symptoms were positively associated with sexual victimization ($\beta = .18, p < .05$). Model 4 containing the minority stress factors was the best fit ($F_{(14,194)} = 3.53, p < .01, R^2 = .20$) and added additional explained variance ($\Delta p = .014, \Delta R^2 = .07$). Here, depressive symptoms were positively associated with negative feelings about being a SMW ($\beta = .27, p < .01$).

Table 3. – *Regression coefficients predicting depressive symptoms*

Model	R ²	F	df1; df2	Sig.	Predictors	β	t	Sig.
1	.042	4.507	2; 206	.012	Age	-.203	-2.947	.004
					Person of color	.012	.179	.858
2	.091	5.090	4; 204	.001	Age	-.160	-2.325	.021
					Person of color	.031	.456	.649
					Gender diverse sub-group	.056	.809	.420
					Not strictly attracted to women	.206	2.947	.004
3	.136	3.921	8; 200	.000	Age	-.138	-1.979	.049
					Person of color	.005	.071	.943
					Gender diverse sub-group	.020	.284	.777
					Not strictly attracted to women	.171	2.462	.015
					Homophobic victimization	.073	1.034	.302
					Physical victimization	-.058	-.671	.503
					Psychological victimization	.082	.981	.328
					Sexual victimization	.178	2.336	.020
4	.203	3.532	14; 194	.000	Age	-.131	-1.872	.063
					Person of color	.024	.340	.734
					Gender diverse sub-group	-.004	-.054	.957
					Not strictly attracted to women	.152	2.086	.038
					Homophobic victimization	.033	.465	.643
					Physical victimization	-.085	-.995	.321
					Psychological victimization	.109	1.315	.190
					Sexual victimization	.168	2.187	.030
					Prejudice events	.029	.348	.728
					Stigma Consciousness	.038	.479	.633
					Concealment	-.024	-.312	.756
					Link to the community	-.052	-.709	.479
					Negative feelings about being a SMW	.265	3.369	.001
					Negative attitudes towards other SMW	.020	.271	.787

Table 4 (p. 58) reports all regression coefficient information for anxiety. Model 1 ($F_{(2,206)} = 6.22$, $p > .01$, $R^2 = .06$) was significant: anxiety symptoms were negatively associated with age ($\beta = -.24$, $p < .01$). Model 2 ($F_{(4,204)} = 4.83$, $p > .01$, $R^2 = .09$) was a slightly better fit ($\Delta p = .005$, $\Delta R^2 = .05$): anxiety symptoms were positively associated with not being strictly attracted to women ($\beta = -.16$, $p < .05$). Entering intimate partner victimization in Model 3 ($F_{(8,200)} = 4.41$, $p < .01$, $R^2 = .15$) provided a better fit ($\Delta p = .038$, $\Delta R^2 = .05$): anxiety symptoms were positively associated with psychological victimization ($\beta = .20$, $p < .05$). Model 4 was the best fit ($F_{(14,194)} = 3.98$, $p < .01$, $R^2 = .22$) and added additional explained variance ($\Delta p = .014$, $\Delta R^2 = .07$). In this model, anxiety symptoms were positively associated with negative feelings about being a SMW ($\beta = .25$, $p < .01$).

To summarize, Model 4 integrating covariates, subgroups, victimization variables and minority stress factors, was the best fit for depressive symptoms as well as anxiety symptoms for which it respectively explained 20% and 22% of the variance. For both dependent variables, adding minority stress factors added a significant part of variance (6.8% for depression and 7.3% for anxiety). In these models, intensity of negative feelings about being a SMW were associated with

depression and anxiety symptoms even after controlling for IPV victimization, and IPV victimization was itself associated with depression and anxiety symptoms. Age was also negatively associated with anxiety symptoms, and identifying as bisexual, pansexual, queer or else was positively associated with depressive symptoms.

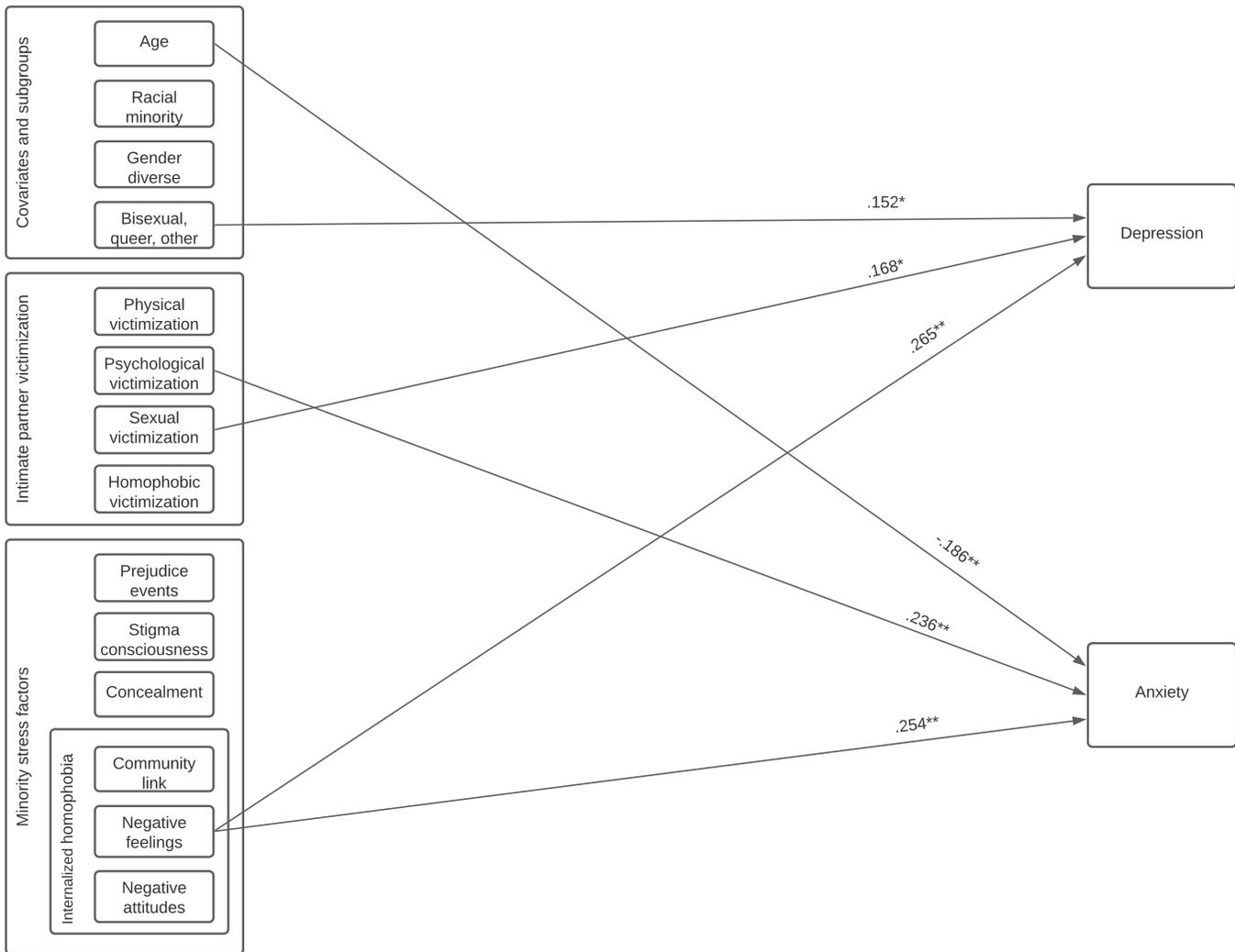
Table 4. – *Regression coefficients predicting anxiety symptoms*

Model	R ²	F	df1; df2	Sig.	Predictors	β	t	Sig
1	.057	6.223	2; 206	.002	Age	-.239	-3.496	.001
					Person of color	.001	.009	.993
2	.086	4.829	4; 204	.001	Age	-.205	-2.983	.003
					Person of color	.015	.226	.822
					Gender diverse sub-group	.038	.544	.587
					Not strictly attracted to women	.163	2.324	.021
3	.150	4.411	8; 200	.000	Age	-.198	-2.878	.004
					Person of color	-.022	-.326	.745
					Gender diverse sub-group	.001	.016	.987
					Not strictly attracted to women	.126	1.821	.070
					Homophobic victimization	.093	1.315	.190
					Physical victimization	-.092	-1.078	.283
					Psychological victimization	.200	2.408	.017
4	.223	3.978	14; 194	.000	Sexual victimization	.137	1.807	.072
					Age	-.186	-2.701	.008
					Person of color	.003	.045	.964
					Gender diverse sub-group	-.059	-0.813	.417
					Not strictly attracted to women	.135	1.885	.061
					Homophobic victimization	.058	.818	.414
					Physical victimization	-.119	-1.414	.159
					Psychological victimization	.236	2.882	.004
					Sexual victimization	.136	1.800	.073
					Prejudice events	.044	.527	.599
					Stigma Consciousness	.091	1.152	.251
					Concealment	-.122	-1.613	.108
					Link to the community	-.086	-1.185	.237
					Negative feelings about being a SMW	.254	3.268	.001
Negative attitude with other SMW	-.003	-.035	.972					

3.5. Discussion

This study assessed the impact of minority stress factors and past IPV victimization on symptoms of depression and anxiety among Canadian SMW who experienced past IPV. Significant results are shown in **Figure 1** (p. 59).

Figure 1. – Theoretical model and significant associations between covariates, subgroups, past victimization, minority stress and depressive and anxiety symptoms



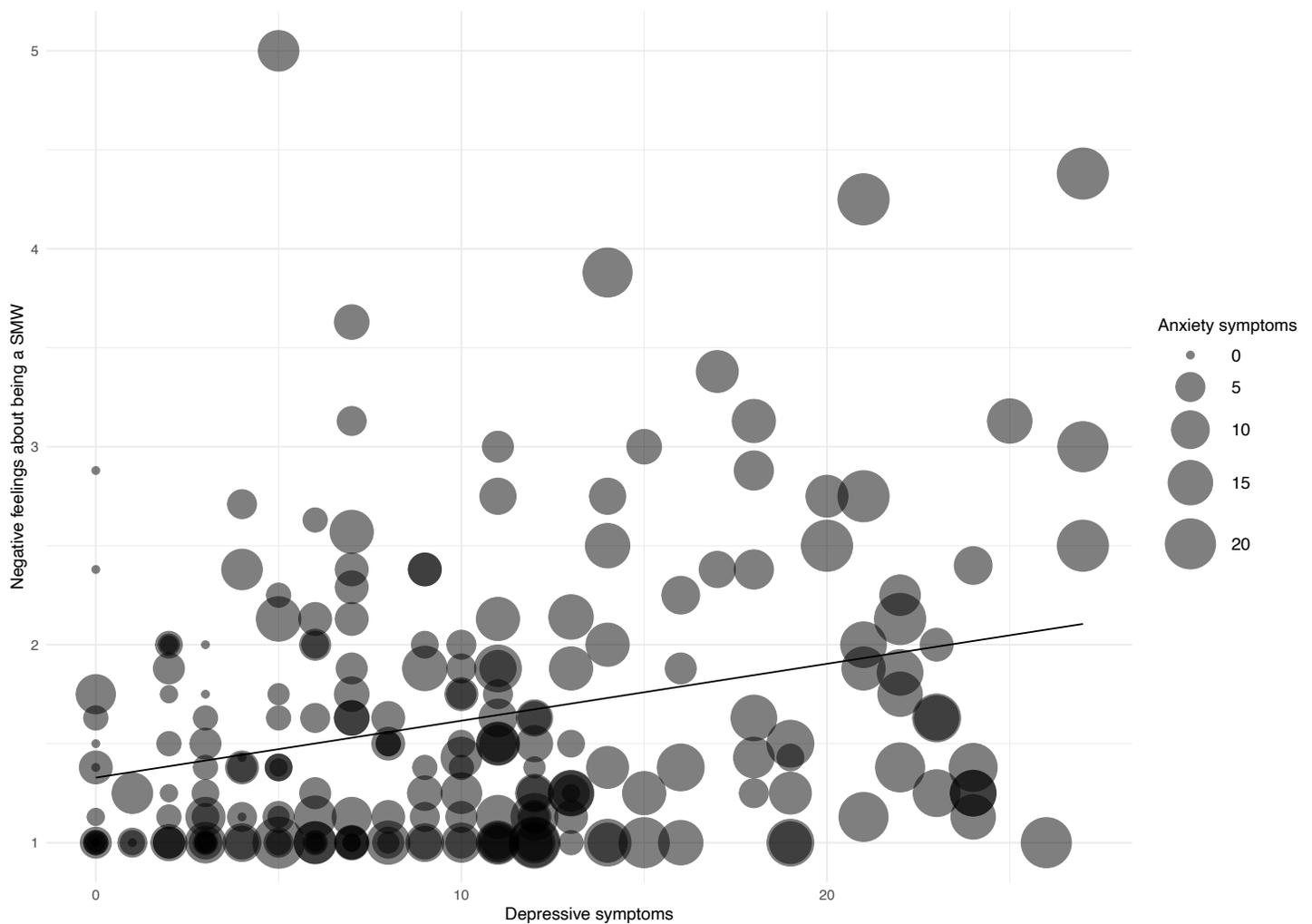
Our results partly support our first hypothesis that physical, psychological, sexual and homophobic victimization would be associated with more symptoms of depression and anxiety. Indeed, we found that past psychological and sexual victimization were significantly associated with current levels of symptoms of anxiety and depression respectively, which is in accordance with previous literature on opposite-sex relationships (Barker et al., 2019; Bennice & Resick, 2003; Lagdon et al., 2014; Mechanic et al., 2008). This suggests that the association between IPV and mental health problems also exists in the LGBTQ+ community (Gehring & Vaske, 2017; Hellemans et al., 2015; McKenry et al., 2006).

The absence of significant results for physical victimization is in accordance with Hellemans et al. (2015), who found a significant association between psychological victimization and mental health in LGBTQ+ people, but not with physical violence and mental health. However, sensibility analysis showed that 99.3% of the participants who reported physical victimization also reported psychological victimization. Therefore, this absence of results could mean that there is no significant relation between mental health and physical violence beyond the other forms of victimization. Moreover, individuals in our sample all suffered from at least one form of past IPV, and nearly all our sample suffered from psychological violence. Having a control group of individuals who did not suffer from any kind of IPV in the past and separating the different forms of IPV in different models might be better fitted to compare and analyze the associations between different types of IPV and mental health. Furthermore, we dichotomized our variable of homophobic violence because our distribution was skewed, which might have further distorted the results (Irwin & McClelland, 2003). In the future, a larger sample with a control group and a more refined assessment of homophobic violence might counter this effect and could allow us to split individuals into different groups depending on the kind of victimization they suffered from, with consideration about severity and time courses as well.

Our findings also support our second hypothesis that minority stress is positively associated with depression and anxiety symptoms, even when controlling for IPV victimization. This is in accordance with previous research (Dyar & London, 2018; Lehavot & Simoni, 2011; Mahon et al., 2021; I. H. Meyer, 2003) and highlights the importance of same-sex specific stressors on mental health, once again confirming the minority stress theory. It is noteworthy that internalized homophobia (IH) was the only minority stress factor significantly associated with depression and anxiety symptoms, suggesting that proximal stressors are more closely associated with mental health than prejudice events. This importance of proximal stressors was previously highlighted when studying minority stress and IPV (Badenes-Ribera et al., 2019; Edwards & Sylaska, 2013; Kimmes et al., 2019). In addition, this work distinguishes between different dimensions of IH and shows that having negative feelings about being a SMW are more linked to negative mental health outcomes than adopting negative attitudes towards others and lack of community connectedness. This further suggests that internalized negative thoughts is the most detrimental factor to mental health in our study (**Figure 2**, p. 61).

IH was also the most important factor in both of our regressions. This work provides novel findings suggesting that, in SMW IPV survivors, IH is more important than any other type of victimization when predicting symptoms of depression and anxiety. Nevertheless, other minority stress factors should not be entirely overlooked since preliminary correlation analyses (Table 2, p. 55) showed significant and positive associations between prejudice events and anxiety symptoms; stigma consciousness and both anxiety and depressive symptoms; and identity concealment and depressive symptoms.

Figure 2. – Association between depressive and anxiety symptoms and negative feelings about being a sexual minority woman (SMW)



3.5.1. Limitations.

Like most studies of the LGBTQ+ community (Carvalho et al., 2011), we used a convenience sample and most of our recruitment was done through LGBTQ+ organizations and social media.

This might have impacted our results since people who suffer the most from minority stress, and particularly IH, experience feelings of shame, guilt and distress regarding their sexuality or gender, making them less likely to be present on LGBTQ+ platforms (Carvalho et al., 2011), where our recruitment took place. Furthermore, an online survey is a good way to reach the LGBTQ+ community (Kubicek, 2018), but it has its limits. First, we had to limit our questions so that it was not too time-consuming. Second, it is based on self-reported measures, which means that only people who identified as victims of past IPV answered. This limits our sample, particularly in the LGBTQ+ community where same-sex IPV is not easily openly discussed (Edwards et al., 2015; Gehring & Vaske, 2017). Moreover, this study might not be exempt of informant bias since it is self-reported and only one member of each dyad took part in the survey. This could have altered the reliability of the results since “one partner may not disclose as fully as the other” (Straus et al., 1996). Participant’s recollection of traumatic events might also have been distorted since it happened more than a year ago for most of the sample. Using cross-informant designs and collecting present data might reduce this potential bias. Third, we did not evaluate for common method bias, which is frequent when using a self-report survey method (Chang et al., 2010), and this might have distorted our results. Collecting longitudinal data or asking for a professional to assess the mental health of the participants might be a way to collect the dependent and independent variables from different sources, which is the best way to remedy this bias (Chang et al., 2010).

We used a cross-sectional design which does not allow us to make assumptions about causality. However, the temporal structure of our data can allow us to assume that past events predicted current (i.e. past 14 days) mental health. Indeed, mental health and minority stress were measured at the time of the questionnaire completion, but victimization was a past event. We can assume that minority stress is relatively stable over time and that someone who suffers from minority stress already suffered from it during their past violent relationship. This can allow us to think that past IPV and minority stress factors impact present mental health, and not vice versa. Nevertheless, this cannot be proven with our design and should be tested in further studies, using designs which can test the directionality of associations and allow us to make assumptions of causality. Finally, despite our efforts to be visible to racial and ethnic minorities, only 19.1% of our sample was not White. This might explain why we did not find any significant differences between race/ethnic subgroups on mental health and minority stress, despite previous reports to the contrary (López et al., 2021).

3.5.2. Future directions.

Although we did not find any significant association between being gender diverse and mental health, previous research states otherwise (Lefevor et al., 2019; Testa et al., 2014). This absence of significant associations might be due to the fact that our questionnaire was primarily focused on sexual minority stress factors. We included gender specific terms, but we did not include gender-specific stressors. However, literature shows that the experience of gender diverse people can differ from LGB people. First, gender diverse people might experience additional forms of discrimination like being unable to access safe restrooms in public spaces or having trouble accessing medical care and legal documents (Testa et al., 2014). Second, they may experience an additional distal stressor called non-affirmation, which “occurs when one’s internal sense of gender identity is not affirmed by others” (Testa et al., 2014, p. 66). Third, identity concealment and disclosure can be differently experienced in gender diverse people compared to sexual diversity people since it does not involve only behavior or verbalized identity: disclosing gender identity is partly guided by physical cues and many languages and cultures use gender as a primary identifying characteristic, which makes it harder for people to use the “don’t ask, don’t tell” method (Testa et al., 2014). Therefore, future research on sexual and gender minority stress should concentrate more on gender minorities, using a more complete version of the sexual and gender minority stress model (Testa et al., 2014) that might best represent their unique experiences.

Moreover, as there is no validated measurement of homophobic control yet (Badenes-Ribera et al., 2015; Kimmes et al., 2019), we created our own, but it does not take into account the severity of the violence and only evaluates one dimension of it. Future work should focus on creating a screening tool to assess LGBTQ+ specific forms of IPV or adapt preexisting tools like the CTS-2 (Straus et al., 1996), which has never been validated with same-sex relationships and does not take into account same-sex specific forms of violence (Badenes-Ribera et al., 2015). Finally, future works should focus on potential mediators and moderators of the relationships between minority stress, IPV and mental health, like relationship satisfaction (Balsam & Szymanski, 2005; Lewis et al., 2014), rumination (Lewis et al., 2014) and resilience factors (Lewis et al., 2012; I. H. Meyer, 2003, 2015; Testa et al., 2014).

3.5.3. Clinical implications.

Our results show that many SMW suffer from the same forms of IPV than heterosexual victims: 99% of our sample reported psychological victimization, 70% reported physical victimization and 48% reported sexual victimization. Moreover, 20% reported having been victim of homophobic control, and negative feelings about being a SMW was moderately associated with more depression and anxiety symptoms. This highlights the impact of LGBTQ+ specific variables on SMW IPV survivors. However, most clinical evaluations and interventions are not adapted to the LGTBQ+ community (Ard & Makadon, 2011; Edwards et al., 2015; Kubicek, 2018). This underlines the need to train clinicians to assist communities and to adapt interventions to the specific needs of LGBTQ+ subgroups (Ard & Makadon, 2011; Kubicek, 2018).

3.6. Conclusion

This study provides new information on the associations between past IPV, minority stress and SMW's mental health. Having negative feelings about being a SMW was associated to more depression and anxiety symptoms; sexual victimization to more depressive symptoms; psychological victimization and being younger were associated with more anxiety symptoms. Not being strictly attracted to women was also associated with more depressive symptoms. By identifying specific factors of IPV and mental health problems in SMW, this novel work points towards future directions that can assess the needs of SMW, set up appropriate help, and adapt intervention for the specific experience of understudied LGBTQ+ subgroups.

Acknowledgments and credits

The authors would like to thank all organizations who participated in our recruitment and our participants that made this project possible.

Biographical statements

Emma Fedele, LL.B., is a Master's candidate in Criminology in the School of Criminology of the University of Montreal. Her research focuses on the impact of minority stress on mental health and violence in the LGBTQ+ community. More broadly, she is interested in the mental health, victimization and resilience of vulnerable and stigmatized groups.

Robert-Paul Juster, PhD., is an Assistant Research Professor in the Department of Psychiatry and Addiction at the Univeristy of Montreal. His research focuses on chronic stress and the effect of

sex, gender, gender identity, and sexual orientation. His research focuses on allostatic load, mental health, and resilience among diverse populations.

Stéphane Guay, PhD., is a Tenured Professor in the Department of Psychiatry and Addiction and in the School of Criminology at the University of Montreal. His research focuses on victims of violent acts in the workplace, on the evaluation, prevention and treatment of post-traumatic consequences and on help seeking strategies and social support of victims of violent acts.

Funding

This research was funded through internal research funds from the Montreal Mental Health University Research Centre and from a scholarship awarded to the first author from the Graduate and Postdoctoral Studies of University of Montreal.

Conflict of interest

All authors report having no conflict of interest.

Chapitre 4 – Discussion générale

Dans ce chapitre, nous répondons à nos objectifs et hypothèses, tout en confrontant nos résultats aux connaissances abordées dans le chapitre 1 (4.1). Nous revenons ensuite sur les forces de ce travail (4.2), les limites que nous avons rencontrées (4.3), et les contributions apportées par nos résultats, tant sur le plan heuristique que pratique (4.4).

4.1. Apport des connaissances

4.1.1. Les liens entre la santé mentale et les violences conjugales

Le premier objectif de ce mémoire consistait à étudier les liens entre les différentes formes de victimisations conjugales passées et les symptômes de dépression et d'anxiété chez les femmes de la diversité sexuelle canadienne. D'après nos résultats, les violences psychologiques sont associées aux symptômes d'anxiété et les violences sexuelles aux symptômes de dépression. Cela vient en partie confirmer notre hypothèse selon laquelle les violences psychologiques, physiques, sexuelles et homophobes impacteraient négativement la santé mentale des femmes de la diversité sexuelle, comme elles impactent celle des personnes hétérosexuelles.

Comme mentionné dans le chapitre 3, ces résultats sont en accord avec la littérature sur les couples hétérosexuels en ce qui concerne le lien entre les violences psychologiques et sexuelles et la santé mentale (Barker et al., 2019; Bennice & Resick, 2003; Lagdon et al., 2014; Mechanic et al., 2008), venant ainsi confirmer les quelques études qui mettent en avant les similitudes entre les relations hétérosexuelles et de même sexe (Gehring & Vaske, 2017; Hellemans et al., 2015; McKenry et al., 2006).

Cependant, l'absence de résultats significatifs concernant les violences physiques va dans le sens contraire des études qui ont été faites sur les violences conjugales dans un contexte hétérosexuel (Devries et al., 2013; Mechanic et al., 2008). Cette absence au-delà des autres formes de violence, pourraient s'expliquer par les propriétés de notre échantillon et de nos mesures, comme expliqué dans le chapitre 3. En effet, nous avons intégré les violences physiques, psychologiques, sexuelles et homophobes dans le même modèle. Bien que nos mesures n'aient pas révélées de problème de colinéarité (le facteur d'inflation de variance est compris entre 1,3 et 1,8 pour les violences

physiques, psychologiques, sexuelles et homophobes dans nos deux modèles), les distributions pour les violences physiques et psychologiques sont assez similaires : 98,6% des participant·e·s rapportent des violences psychologiques et 70,3% rapportent des violences physiques. Des analyses de sensibilité ont montré que parmi les individus qui ont rapporté des violences physiques, 99,3% ont également rapporté des violences psychologiques. Les violences physiques sont donc quasiment toujours associées aux violences psychologiques dans notre échantillon. Cependant, les patrons de résultats demeurent les mêmes lorsque les différents types de victimisation sont considérés dans des modèles différents.

Ainsi, une potentielle deuxième explication pourrait être que les violences physiques sont moins associées à la santé mentale que les autres types de violences chez les personnes LGBTQ+, ce qui n'est pas le cas chez les personnes hétérosexuelles. En effet, nos résultats vont dans le sens de ceux de Hellemans et al. (2015), qui montrent qu'il existe des associations significatives entre la victimisation psychologique et la santé mentale chez les personnes LGBTQ+, mais pas entre la victimisation physique et la santé mentale. À notre connaissance, il n'existe pas d'étude examinant les liens entre les violences conjugales et la santé mentale qui comparent les relations de même sexe et les relations hétérosexuelles. De futures recherches, avec des échantillons plus larges et des groupes contrôles permettraient de mieux comprendre ces liens, en comparant chaque sous-groupe de la communauté LGBTQ+ et les personnes hétérosexuelles, et permettraient de séparer les individus en fonction du type de violence qu'ils ont vécu, de leur sévérité et de la temporalité des variables.

4.1.2. Les liens entre la santé mentale et le stress minoritaire

Notre deuxième objectif était d'examiner l'impact des facteurs de stress minoritaire sur les symptômes de dépression et d'anxiété. Dans notre modèle 4 comprenant les covariables, l'identité sexuelle et de genre, la victimisation conjugale et le stress minoritaire, avoir des sentiments négatifs à propos de son appartenance à la diversité sexuelle était significativement et positivement associé aux symptômes de dépression et d'anxiété. Ces résultats viennent donc confirmer notre deuxième hypothèse selon laquelle le stress minoritaire est positivement associé aux symptômes de dépression et d'anxiété, même après avoir contrôlé pour la victimisation conjugale. Comme mentionné dans le chapitre 3, cela vient confirmer le modèle du stress minoritaire pour les femmes de la diversité sexuelle qui ont été victimes de violences conjugales. Plus précisément, les

sentiments négatifs sur son appartenance à la diversité sexuelle, une des dimensions de l'homophobie intériorisée, étaient associés aux symptômes de dépression et d'anxiété. Cela vient mettre en avant la particulière importance de l'homophobie intériorisée, s'alignant ainsi avec les études récentes sur le stress minoritaire et les violences conjugales, qui tendent à montrer que l'homophobie intériorisée est le facteur de stress minoritaire qui est le plus associé à la victimisation et à la perpétration de telles violences (Badenes-Ribera et al., 2019; Edwards & Sylaska, 2013; Kimmes et al., 2019).

Peu d'études sur les violences conjugales et la santé mentale ont analysé séparément les différentes dimensions de l'homophobie intériorisée auparavant. Ce mémoire a donc l'avantage d'avoir obtenu des données précises sur l'impact de l'homophobie intériorisée sur la santé mentale. Nous avons ainsi pu remarquer que les sentiments négatifs sur le fait d'être une femme de la diversité sexuelle sont significativement associés à plus de problèmes de santé mentale (**Figure 2**, p.61), ce qui n'est pas le cas de l'absence de lien avec la communauté et des attitudes négatives envers les autres femmes de la diversité sexuelle. L'importance de cette relation est en accord avec la littérature générale sur le sujet, qui montre qu'avoir des sentiments négatifs à propos de soi est une caractéristique centrale de la dépression majeure (Philippi et al., 2018). Il semblerait donc que chez les femmes de la diversité sexuelle, ces pensées négatives puissent concerner leur appartenance à cette diversité.

Plus important encore, la taille d'effet des sentiments négatifs concernant son appartenance à la diversité sexuelle est similaire, voire supérieure à la taille d'effet de la victimisation conjugale, que ce soit pour les symptômes d'anxiété que pour les symptômes de dépression. Ce mémoire apporte donc des résultats novateurs suggérant que, chez les femmes de la diversité sexuelle ayant été victimes de violences conjugales, l'homophobie intériorisée a autant, voire plus, de lien avec la santé mentale que le fait d'avoir été victime de violence conjugale. Cependant, les autres facteurs de stress minoritaires ne devraient pas être ignorés. Nos analyses préliminaires (**Tableau 2**, p. 55) montrent en effet des associations significatives positives entre les symptômes d'anxiété et les préjudices vécus, les symptômes de dépression et le non-dévoilement de son identité sexuelle, et les symptômes d'anxiété et de dépression avec la stigmatisation anticipée.

4.1.3. Les liens entre la santé mentale et les variables identitaires

En dehors de nos hypothèses, l'âge et le fait de ne pas être strictement attiré par les femmes (s'identifier comme bisexuel·le, pansexuel·le, queer ou autre) étaient respectivement associés aux symptômes de dépression et d'anxiété. Le fait que s'identifier de manière non monosexuelle soit associé à plus de symptômes de dépression et d'anxiété que le fait d'avoir une identité LGBTQ+ monosexuelle (s'identifier comme gays et lesbiennes) est conforme à la littérature (Björkenstam et al., 2017; Dyar & London, 2018). Cela vient une fois de plus confirmer que la communauté LGBTQ+ n'est pas homogène et pourrait être expliqué par le fait que les personnes non monosexuelles subissent une forme de double stigmatisation : en plus d'être stigmatisée par les personnes hétérosexuelles, elles le sont par les personnes homosexuelles (Dyar & London, 2018). Notre mesure de la stigmatisation englobait toute la diversité sexuelle, mais ne prenait pas en compte les formes de stigmatisation spécifiques aux personnes non monosexuelles. Les recherches futures qui se concentrent sur le stress minoritaire devraient prendre en compte les formes de stigmatisation qui peuvent être spécifiques aux différents sous-groupes de la diversité sexuelle et de genre.

4.2. Forces du mémoire

La méthodologie utilisée pour effectuer ce mémoire comporte plusieurs avantages. Tout d'abord, il s'agit d'une étude pancanadienne. Nous avons réussi à recruter des individus de différentes régions du Canada grâce à un recrutement ciblé, via des organismes locaux comme *Out Saskatoon*, *Planned Parenthood Newfoundland and Labrador*, *Halifax Sexual Health Centre*, ou encore les GRIS de différentes régions du Québec et des groupes Facebook LGBTQ+ ciblés par région. Nous avons également fait du recrutement via une entrevue à l'émission de radio CBC *Up North* afin de cibler les populations vivant plus au nord de l'Ontario. Ainsi, bien que notre échantillon provienne majoritairement du Québec (42,1%), nous avons réussi à obtenir des participants provenant de la plupart des régions du Canada : 9,6% provenaient de Colombie-Britannique, 13,4% d'Alberta, 7,2% de la Saskatchewan, 0,5% du Manitoba, 22,5% de l'Ontario, et 4,9% du Nouveau-Brunswick, de Nouvelle-Écosse, des Îles du Prince Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador.

Les outils de mesures que nous avons utilisés font également la force de ce mémoire. Une mesure précise des différentes dimensions de l'homophobie intériorisée nous a permis de mettre en avant l'importance des sentiments négatifs sur son appartenance à la diversité sexuelle par rapport aux

autres dimensions de ce concept. Les violences conjugales physiques, psychologiques et sexuelles sont également mesurées avec un outil fiable et validé par la littérature : le CTS-2S (Straus & Douglas, 2004). Comme mentionné au chapitre 2, il est tiré CTS-2 (Straus et al., 1996), le questionnaire le plus utilisé en recherche pour évaluer la violence dans les relations intimes dans le monde anglophone comme francophone (Boucher et al., 2017). Cela permet à nos résultats d'être reproductibles et comparables avec les études préexistantes et de futures recherches. Cet outil apporte une vue d'ensemble du concept de la violence : en vingt questions, il évalue sa sévérité, sa fréquence, la victimisation et la perpétration. Il est donc possible de reprendre notre base de données pour travailler sur des aspects de la violence que nous n'avons pas étudiés. Il serait notamment très intéressant de tenter de distinguer des schémas de violence chez les femmes de la diversité sexuelle en utilisant la typologie de Johnson (Johnson, 2006), les dynamiques de couples et les rôles de genre dans les couples de même sexe étant encore peu étudiés (Gaman et al., 2017).

De plus, il existe encore peu d'études qui traitent du lien entre la santé mentale et la violence conjugale dans la population LGBTQ+ (Gehring & Vaske, 2017). Les violences conjugales gagneraient encore à être étudiées dans un contexte moins hétérocentré et ciscentré (favorisant les identités hétérosexuelles et cisgenres en dépit des autres identités). Il s'agit donc d'une étude innovante, qui vient combler un vide de la littérature et qui prend en compte les spécificités et l'hétérogénéité de cette communauté. Le fait d'avoir recruté de manière large « des personnes qui s'identifient comme femme » et « qui ont vécu dans une relation intime avec une femme », sans faire de supposition quant à leur sexualité ou identité de genre est une force. Cela vient répondre à une limite de nombreuses études sur les violences conjugales dans la communauté LGBTQ+ (Badenes-Ribera et al., 2015). Ainsi, nous avons pu obtenir un échantillon diversifié concernant l'identité sexuelle et de genre : 27,8% des participant·e·s s'identifiaient comme faisant partie de la diversité de genre, 28,2% comme bisexuel·les, 2,9% comme hétérosexuel·les et 5,7% ont répondu « autre ». Parmi ces 5,7%, la majorité a répondu être *queer* ou attirée seulement ou majoritairement par les femmes, la féminité et/ou les personnes non-binaires.

4.3. Limites du mémoire

Malgré ces forces, ce mémoire comporte plusieurs limites. En premier lieu, comme mentionné dans le chapitre 3, il s'agit d'une étude transversale faite par sondage en ligne, qui comprend donc un certain nombre de biais. En ce qui concerne la forme du questionnaire, les répondant·e·s devaient

elles·eux-mêmes s'identifier comme ayant été victimes de violence conjugale, auto-évaluer des concepts perceptuels comme l'homophobie intériorisée, et rapporter les agissements violents de leurs ex-partenaires ainsi que les leurs. Cela peut entraîner un biais d'autosélection mais aussi un biais d'informant et un biais de méthode, ce qui peut influencer la fiabilité des résultats. En ce qui concerne le devis transversal utilisé, comme nous l'avons mentionné dans le chapitre 3, nous pouvons tenter de déduire une direction de nos relations étant donné la temporalité de nos mesures, mais cela n'est qu'hypothétique. Un tel devis ne nous permet pas de démontrer la direction ou la causalité des relations. Un devis longitudinal pourrait le permettre et pourrait diminuer le biais de méthode. Faire évaluer la santé mentale par un professionnel, et évaluer la violence conjugale présente plutôt que passée et avec les deux membres de la relation, tout en préservant la sécurité des participant·e·s, seraient également des moyens de lutter contre le biais de méthode et d'informant.

En deuxième lieu, il s'agit d'un échantillon de convenance, ce qui, comme mentionné dans le chapitre 3, ne le rend pas représentatif, et peut être particulièrement problématique pour mesurer l'homophobie intériorisée. De plus, notre recrutement a eu lieu pendant la pandémie de COVID-19, ce qui a influencé une partie de nos données. D'abord, dans un souci de protection des participant·e·s dans un contexte de confinement, nous avons dû limiter notre échantillon aux personnes qui ont vécu des violences mais qui n'en vivent plus aujourd'hui. Notre échantillon ne comporte donc pas de groupe contrôle, ce qui empêche de mesurer si les liens mis en avant dans cette étude sont également présents chez les personnes qui n'ont pas été victimes de violences conjugales. Dans le futur, faire un recrutement moins ciblé, tout en prenant les mesures nécessaires pour s'assurer de la sécurité des participant·e·s, permettrait aux chercheurs d'identifier eux-mêmes les individus qui sont dans une situation de violence et donc de créer un groupe contrôle pour comparer et mesurer la prévalence des violences. De plus, nous savons que cet événement a eu un impact important sur la santé mentale de la population (Shamblaw et al., 2021), particulièrement LGBTQ+ (Baumel et al., 2021; Solomon et al., 2021). Or, 47,8% de notre échantillon souffraient de symptômes de dépression modérés à sévères et 39,7% de symptômes d'anxiété modérés à sévères. Bien que la santé mentale des personnes de la diversité sexuelle et de genre soit en général moins bonne que celle de la population générale (Cochran et al., 2003; Gonzales et al., 2016; King et al., 2008), ces résultats paraissent particulièrement élevés. Il est donc possible qu'ils aient été influencés par la pandémie.

En troisième lieu, certaines mesures comportent des limites quant à leur fiabilité. En effet, le CTS-2, bien que fiable et validé sur des échantillons hétérosexuels, n'a jamais été validé dans des échantillons de relations de même sexe et ne prend pas en compte les spécificités de ces relations, comme le contrôle homophobe (Badenes-Ribera et al., 2015). Nous ne savons donc pas si le CTS-2 est aussi fiable sur des échantillons de la diversité sexuelle que sur des échantillons hétérosexuels. Cela aurait pu influencer sur nos résultats. Dans le futur, il serait intéressant de valider cet outil avec des personnes de la diversité sexuelle et de l'adapter à leurs spécificités, ou d'utiliser un outil de mesure validé pour évaluer ces spécificités.

Notre mesure de l'identification à un groupe de la diversité sexuelle aurait également mérité d'être plus représentative de la diversité des identités sexuelles. En effet, nous l'avons mesurée sur une échelle semblable à l'échelle de Kinsey (1948) allant de « strictement hétérosexuel·le » à « strictement homosexuel·le », en passant par « bisexuel·le » et avons laissé une case « autre » où les participant·e·s pouvaient écrire le nom de leur identité exacte. Cependant, ce spectre est assez restrictif et utilise une définition obsolète de la bisexualité, qui est vue sur l'échelle comme l'entre-deux parfait entre l'homosexualité et l'hétérosexualité. Dans le futur, utiliser une mesure qui permettrait aux participant·e·s de cocher à quel groupe ils·elles s'identifient plutôt que sur une échelle serait potentiellement plus pertinent. Dans tous les cas, diviser la communauté en sous-groupes de manière catégorielle, bien que nécessaire dans la recherche, sera toujours restrictif étant donné la nature dimensionnelle de la sexualité.

En quatrième lieu, le Canada est un pays majoritairement libéral. En effet, bien que les personnes LGBTQ+ subissent toujours des discriminations, celles-ci sont interdites depuis 1996 lorsqu'elles sont fondées sur l'orientation sexuelle et depuis 2017 lorsqu'elles sont fondées sur l'identité et l'expression de genre en vertu de la Loi canadienne sur les droits de la personne et du Code criminel (Cliquez-Justice, 2020). La police canadienne n'a recensé que 173 crimes haineux motivés par l'orientation sexuelle en 2018 pour un pays de 37,6 millions d'habitants (Statistique Canada, 2020). Ce chiffre est relativement bas, même lorsque comparé à d'autres pays occidentaux : en 2019 en France, les forces de police et de gendarmerie en ont recensé 1870 pour un pays de 67 millions d'habitants (Gouvernement français, 2020). Les préjudices vécus par les personnes de la diversité sexuelle et de genre au Canada sont donc moindres par rapport aux préjudices que peuvent subir les personnes LGBTQ+ vivant ailleurs, notamment dans les pays où les relations homosexuelles

sont encore criminalisées. De plus, malgré nos efforts pour recruter un échantillon diversifié, 80% de nos participant·e·s étaient Blanc·che·s. Notre étude n'est donc pas représentative de la population LGBTQ+ canadienne comme mondiale, et n'est donc pas reproductible partout.

4.4. Implications futures

Malgré ces limites, ce mémoire permet de mettre en lumière l'existence des différentes formes de violences conjugales dans la communauté LGBTQ+. En effet, comme dans les couples de sexe opposé (Breiding et al., 2014), les violences psychologiques sont plus fréquentes que les violences physiques (98,6% de l'échantillon a été victime de violences psychologiques et 70,3% de violences physiques). La fréquence des violences sexuelles était cependant plus élevée que dans les couples de sexe opposé violents. D'après une revue de la littérature de Bagwell-Gray et al. (2015), la prévalence d'agression sexuelle en contexte conjugale est en moyenne de 36.1% dans les couples hétérosexuels alors qu'elle était de 48% dans notre échantillon.

De plus, 20% de nos participant·e·s étaient victimes de violences conjugales homophobes et l'homophobie intériorisée était le facteur qui avait le plus d'impact sur la santé mentale. Cela souligne le fait que le contrôle ne concerne pas que les couples de sexe opposé. Bien que quelques études aient montré que le terrorisme intime n'est pas seulement le fait de l'homme sur la femme, la grande majorité de la littérature s'accorde pour montrer que, dans cette dynamique de violence, les agresseurs sont très majoritairement des hommes et la misogynie y joue un rôle très important (Johnson, 2011). De ce fait, très peu d'études examinent les dynamiques dans les couples de même sexe (Gaman et al., 2017). Pourtant plusieurs études montrent que les rôles de genre ne sont pas absents des couples de même sexe et peuvent avoir des liens avec les violences conjugales (Balsam & Szymanski, 2005; Brown, 2008). Nos résultats peuvent donc laisser penser que le terrorisme intime n'est pas seulement le fait des hommes hétérosexuels, et ne se base pas que sur un déséquilibre de pouvoir dû aux inégalités de genre mises en cause par les théories féministes. Ils mettent en avant la nécessité d'examiner ces dynamiques de contrôle dans les couples de femmes, et plus largement dans les couples de même sexe.

4.4.1. Implications pour la recherche

Étant donné le peu de littérature sur le sujet jusqu'à présent, un certain nombre de mesures et de concepts restent à investiguer plus en détail. Par souci de concision, nous avons dû limiter notre

questionnaire. Ainsi, comme mentionné dans le chapitre 3, nous avons utilisé le modèle du stress minoritaire de I. H. Meyer (2003), conçu d'abord pour les personnes de la diversité sexuelle, mais les futures recherches auraient tout intérêt à utiliser des modèles plus représentatifs du vécu de la diversité de genre comme celui de Testa et al. (2014). Nous n'avons pas non plus mesuré les potentiels facteurs modérateurs ou médiateurs. Pourtant plusieurs études mettent en avant l'importance de ces facteurs, notamment les facteurs de résilience comme le soutien social personnel et communautaire, dans la relation entre le stress minoritaire et la santé mentale des personnes LGBTQ+ (Lewis et al., 2012; I. H. Meyer, 2015; Testa et al., 2014). Comme mentionnée dans l'introduction, certaines variables connues comme des facteurs de stress liés à la violence conjugale semblent également en lien avec les facteurs de stress minoritaire, comme la qualité de la relation ou encore la consommation d'alcool ou de drogues (Balsam & Szymanski, 2005; Lewis et al., 2012, 2017; Longobardi & Badenes-Ribera, 2017). Les futures recherches devraient intégrer ces facteurs pour mieux comprendre les processus en jeu dans la relation entre le stress minoritaire et la santé. Il se pourrait en effet que les associations mises en avant dans ce mémoire cachent en réalité des relations entre des variables tierces communes au stress lié aux violences et au stress minoritaire.

De plus, la discordance entre l'identité sexuelle et le comportement sexuel (par exemple le fait de s'identifier comme hétérosexuel mais d'avoir des relations sexuelles avec des personnes du même sexe) et l'expression de genre pourraient avoir un lien avec le stress minoritaire et avec les violences conjugales (Balsam & Szymanski, 2005; McKenry et al., 2006). Il serait intéressant d'intégrer ces mesures dans les recherches futures. De plus, nous n'avons pas trouvé de liens entre les violences physiques et la santé mentale des participant·e·s, mais nous n'avons étudié que leurs fréquences. Dans le futur, étudier leur sévérité pourrait apporter un autre regard sur les violences conjugales dans les relations de même sexe.

4.4.2. Implications cliniques et prévention

Malgré les associations importantes entre les spécificités des personnes de la diversité sexuelle et de genre et la santé mentale que montrent nos résultats, les interventions cliniques actuelles ne sont en général pas adaptées aux problématiques LGBTQ+ (Ard & Makadon, 2011; Edwards et al., 2015; Kubicek, 2018). Les intervenants ne sont pas toujours formés à reconnaître et évaluer la violence conjugale dans les couples de même sexe (Ard & Makadon, 2011) et les interventions ne

prennent pas en compte les vulnérabilités de la communauté LGBTQ+ (vulnérabilités face aux problèmes de consommation et de santé mentale, manque de soutien social, passé de discrimination, etc.), ni leurs spécificités (Kubicek, 2018).

Des interventions fournissant des outils supplémentaires pour gérer l'abus de substance, utilisant des méthodes reconnues pour lutter contre les problèmes de santé mentale comme les interventions cognitivo-comportementales et des méthodes interculturelles pourraient permettre aux interventions cliniques d'être mieux adaptées aux personnes de la diversité sexuelle et de genre (Kubicek, 2018). Des interventions de groupe dans des centres communautaires LGBTQ+ permettraient également un soutien et des discussions plus ciblées sur les facteurs uniques à cette population (Kubicek, 2018). Il est aussi important de former le personnel médical et les intervenants en première ligne afin qu'ils puissent reconnaître les situations de violence dans les couples de même sexe, fournir de la psychoéducation et référer les individus vers les bons organismes (Ard & Makadon, 2011; Brown, 2008; Ford et al., 2013; Kubicek, 2018; Stiles-Shields & Carroll, 2015). Ces formations peuvent être établies de manière régulière avec des organismes LGBTQ+ spécialisés (Ford et al., 2013).

Les victimes de violences conjugales vont généralement peu chercher d'aide, mais cette réalité est exacerbée pour les personnes LGBTQ+, qui rencontrent des barrières supplémentaires à la recherche d'aide : une compréhension limitée du problème des violences conjugales LGBTQ+, la stigmatisation et les inégalités systémiques (Calton et al., 2015). Pour faciliter le dévoilement des violences subies au personnel de première ligne, il est donc nécessaire d'adopter un langage inclusif et de faire en sorte que les politiques mises en place dans l'établissement de prise en charge s'accommodent aux besoins des personnes de la diversité sexuelle et de genre (Ford et al., 2013; Stiles-Shields & Carroll, 2015). Cela limiterait les risques de revictimisation (lorsque la victime retourne vers son agresseur) ou de seconde victimisation (lorsque la victime est également victime de discrimination venant des services et personnes qui sont censés la soutenir) (Ard & Makadon, 2011; Ford et al., 2013; Stiles-Shields & Carroll, 2015). Un travail de prévention est également nécessaire. Ainsi, il est important de sensibiliser la population aux problèmes d'inclusion de la communauté LGBTQ+ et de rendre les programmes de prévention de la violence conjugale plus inclusifs et accessibles (Kubicek, 2018). Il est important d'implanter ces programmes dans les

environnements les mieux placés pour atteindre les personnes de la diversité sexuelle et de genre, comme les environnements virtuels, les écoles ou les centres communautaires (Kubicek, 2018).

Enfin, encore aujourd'hui les intervenants, qu'il s'agisse de cliniciens ou de membres des forces de l'ordre ont des croyances erronées sur les violences conjugales dans les relations de même sexe (Ard & Makadon, 2011; Brown, 2008; Russell, 2018). Les faire disparaître passe par la formation, la prévention, mais aussi par la mise en place de politiques plus inclusives. En effet, les relations de même sexe sont largement ignorées ou évitées par le gouvernement, les forces de l'ordre et la société (Brown, 2008), ce qui invisibilise l'existence même de ce phénomène. Au Québec par exemple, le plan d'action gouvernementale en matière de violence conjugale de 2018-2023 continue à ancrer la violence conjugale dans des rapports inégalitaires de genre, ne mentionnant que très peu les personnes de la diversité sexuelle et de genre (Gouvernement du Québec, 2018). En effet, bien que le document mentionne la possibilité d'être victime de violences conjugales quelle que soit son orientation sexuelle ou son identité de genre et que « la prise en compte de la problématique par le gouvernement ne repose pas sur une conception hétéronormative des relations intimes » (Gouvernement du Québec, 2018, p. 5), il continue à définir la violence comme un moyen choisi pour dominer l'autre (Gouvernement du Québec, 2018, p. 4), ne donne pas de chiffres concernant les violences conjugales chez les personnes LGBTQ+, et ne prévoit que deux actions (actions 6 et 16) sur 56 pour adapter les ressources et outils aux personnes de la diversité sexuelle et de genre (Gouvernement du Québec, 2018). Il est donc important que cet effort perdure.

Chapitre 5 - Conclusion générale

Ce mémoire, en plus de montrer l'association significative entre la victimisation et la santé mentale des femmes de la diversité sexuelle ayant été victimes de violences conjugales, met en avant la relation entre les sentiments négatifs sur son appartenance à la diversité sexuelle et les symptômes d'anxiété et de dépression.

Malgré l'hétérogénéité de la communauté LGBTQ+, ce résultat peut potentiellement se généraliser à tous ses membres. En effet, l'hétérogénéité de la communauté LGBTQ+ permet ici de comprendre l'absence de résultats significatifs concernant les personnes de la diversité de genre : les facteurs spécifiques à ce groupe n'ont pas été pris en compte dans notre étude. Cependant, la littérature antérieure nous laisse à penser que si les sentiments négatifs envers tous les types de diversités sexuelles et de genre avaient été considérés, nos résultats auraient été applicables à toutes les personnes de cette diversité. En effet, bien que les hommes semblent moins touchés par le stress minoritaire que les femmes, en particulier bisexuelles (Dürbaum & Sattler, 2020; Prell & Traeen, 2018), l'homophobie intériorisée est aussi associée aux violences conjugales et à la santé mentale chez les hommes de la diversité sexuelle (Herek et al., 2009; Kimmes et al., 2019). De même, la biphobie intériorisée semble indirectement associée à plus de symptômes d'anxiété et de dépression chez les femmes bisexuelles (Dyar & London, 2018) et la transphobie intériorisée est positivement associée à plus de détresse psychologique chez les personnes de la diversité de genre (Sánchez & Vilain, 2009). D'une manière plus générale, les sentiments négatifs envers soi-même sont positivement associés à la dépression majeure (Philippi et al., 2018). On peut donc penser que nos résultats concernant les sentiments négatifs quant à son appartenance à la diversité sexuelle et de genre, quelle que soit cette appartenance, sont généralisables à tous les membres de la communauté LGBTQ+.

Cette situation est préoccupante. La stigmatisation intériorisée quant à son appartenance à la diversité sexuelle peut s'ajouter à d'autres formes de stigmatisation intériorisée chez les personnes LGBTQ+ victimes de violences conjugales. En effet, ces personnes sont également plus vulnérables aux problèmes de santé mentale (Gonzales et al., 2016; King et al., 2008; Lefevor et al., 2019; López et al., 2021) et à la victimisation conjugale (Ard & Makadon, 2011; Goldberg & Meyer, 2013; Walters et al., 2013). Or, la santé mentale et la violence conjugale sont des domaines

très stigmatisés (Arnaez et al., 2020; Overstreet et al., 2019). Les études sur la population générale montre que l'intériorisation de cette stigmatisation peut affecter la recherche et l'obtention de l'aide (Arnaez et al., 2020; Kennedy & Prock, 2018). Les personnes de la communauté LGBTQ+ victimes de violences conjugales combinant ces trois sources de stigmatisation sont particulièrement vulnérables aux conséquences psychosociojudiciaires néfastes de ces violences et peu enclines à chercher de l'aide.

Ce mémoire vient donc apporter de nouvelles informations concernant l'association entre les violences conjugales passées, le stress minoritaire et la santé mentale des femmes de la diversité sexuelle. En mettant en avant la relation entre les sentiments négatifs quant à son identité sexuelle et les symptômes de dépression et d'anxiété, il souligne la nécessité d'évaluer les besoins des femmes de la diversité sexuelle, et plus largement de tous les membres de la communauté LGBTQ+, de mettre en place des aides appropriées et d'adapter les interventions au vécu spécifique des différents sous-groupes de la diversité sexuelle et de genre.

Références bibliographiques

- Arambula, C. A., Jones, D., Mundy, M.-A., & Ruiz, A. (2016). Heterosexism, harassment, discrimination, and coping mechanisms among lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning individuals. *Journal of Academic and Business Ethics, 10*.
- Ard, K. L., & Makadon, H. J. (2011). Addressing Intimate Partner Violence in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients. *Journal of General Internal Medicine, 26*(8), 930–933. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1697-6>
- Arnaez, J. M., Krendl, A. C., McCormick, B. P., Chen, Z., & Chomistek, A. K. (2020). The association of depression stigma with barriers to seeking mental health care: A cross-sectional analysis. *Journal of Mental Health, 29*(2), 182–190. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1644494>
- Badenes-Ribera, L., Frias-Navarro, D., Bonilla-Campos, A., Pons-Salvador, G., & Montere-i-Bort, H. (2015). Intimate Partner Violence in Self-identified Lesbians: A Meta-analysis of its Prevalence. *Sexuality Research and Social Policy, 12*(1), 47–59. <https://doi.org/10.1007/s13178-014-0164-7>
- Badenes-Ribera, L., Sánchez-Meca, J., & Longobardi, C. (2019). The Relationship Between Internalized Homophobia and Intimate Partner Violence in Same-Sex Relationships: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(3), 331–343. <https://doi.org/10.1177/1524838017708781>
- Bagwell-Gray, M. E., Messing, J. T., & Baldwin-White, A. (2015). Intimate Partner Sexual Violence: A Review of Terms, Definitions, and Prevalence. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(3), 316–335. <https://doi.org/10.1177/1524838014557290>
- Balsam, K. F., & Szymanski, D. M. (2005). Relationship Quality and Domestic Violence in Women's Same-Sex Relationships: The Role of Minority Stress. *Psychology of Women Quarterly, 29*(3), 258–269. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00220.x>
- Barker, L. C., Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Intimate Partner Sexual Violence: An Often Overlooked Problem. *Journal of Women's Health, 28*(3), 363–374.

<https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6811>

- Bauer, G. R., Braimoh, J., Scheim, A. I., & Dharma, C. (2017). Transgender-inclusive measures of sex/gender for population surveys: Mixed-methods evaluation and recommendations. *PLOS ONE*, *12*(5), e0178043. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178043>
- Baumel, K., Hamlett, M., Wheeler, B., Hall, D., Randall, A. K., & Mickelson, K. (2021). Living Through COVID-19: Social Distancing, Computer-Mediated Communication, and Well-Being in Sexual Minority and Heterosexual Adults. *Journal of Homosexuality*, *68*(4), 673–691. <https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1868190>
- Bennice, J. A., & Resick, P. A. (2003). Marital Rape: History, Research, and Practice. *Trauma, Violence, & Abuse*, *4*(3), 228–246. <https://doi.org/10.1177/1524838003004003003>
- Björkenstam, C., Björkenstam, E., Andersson, G., Cochran, S., & Kosidou, K. (2017). Anxiety and Depression Among Sexual Minority Women and Men in Sweden: Is the Risk Equally Spread Within the Sexual Minority Population? *The Journal of Sexual Medicine*, *14*(3), 396–403. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.012>
- Boucher, S., Godbout, N., & Bolduc, R. (2017). Chapitre 23: Mesure des enjeux dyadiques. In P. R. Shaver, Y. Lussier, C. Bélanger, & S. Sabourin, *Les fondements de la psychologie du couple* (1st ed., pp. 689–734). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt1shgw.30>
- Breiding, M. J., Chen, J., & Black, M. C. (2014). *Intimate Partner Violence In the United States – 2010* (p. 96). National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Brown, C. (2008). Gender-Role Implications on Same-Sex Intimate Partner Abuse. *Journal of Family Violence*, *23*(6), 457–462. <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9172-9>
- Burke, L. K., & Follingstad, D. R. (1999). Violence in lesbian and gay relationships: Theory, prevalence, and correlational factors. *Clinical Psychology Review*, *19*(5), 487–512. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00054-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00054-3)
- Calton, J. M., Cattaneo, L. B., & Gebhard, K. T. (2015). Barriers to Help Seeking for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Survivors of Intimate Partner Violence: *Trauma,*

- Violence, & Abuse*, 17(5), 585–600. <https://doi.org/10.1177/1524838015585318>
- Carvalho, A. F., Lewis, R. J., Derlega, V. J., Winstead, B. A., & Viggiano, C. (2011). Internalized Sexual Minority Stressors and Same-Sex Intimate Partner Violence. *Journal of Family Violence*, 26(7), 501–509. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9384-2>
- Chang, S.-J., van Witteloostuijn, A., & Eden, L. (2010). From the Editors: Common method variance in international business research. *Journal of International Business Studies*, 41(2), 178–184. <https://doi.org/10.1057/jibs.2009.88>
- Cliquez-Justice. (2020, May 29). *Droits LGBTQ+ au Canada*. Cliquez-Justice. <https://cliquezjustice.ca/dossiers-speciaux/droits-lgbtq-au-canada>
- Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 53. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.53>
- Conseil de l'Europe. (n.d.). *Qu'est-ce que la violence fondée sur le genre*. Questions de genre. Retrieved May 31, 2021, from <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/what-is-gender-based-violence>
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., & Watts, C. H. (2013). Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLOS Medicine*, 10(5), e1001439. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>
- Dubuc, D. (2017). *Les mots de la diversité liée au sexe, au genre et à l'orientation sexuelle*. Comité orientations et identités sexuelles de la FNEEQ-CSN. <https://fneeq.qc.ca/wp-content/uploads/Glossaire.pdf>
- Dürrbaum, T., & Sattler, F. A. (2020). Minority stress and mental health in lesbian, gay male, and bisexual youths: A meta-analysis. *Journal of LGBT Youth*, 17(3), 298–314. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1586615>
- Dyar, C., & London, B. (2018). Longitudinal Examination of a Bisexual-Specific Minority Stress Process Among Bisexual Cisgender Women. *Psychology of Women Quarterly*, 42(3), 342–

360. <https://doi.org/10.1177/0361684318768233>

- Edwards, K. M., & Sylaska, K. M. (2013). The Perpetration of Intimate Partner Violence among LGBTQ College Youth: The Role of Minority Stress. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(11), 1721–1731. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9880-6>
- Edwards, K. M., Sylaska, K. M., & Neal, A. M. (2015). Intimate partner violence among sexual minority populations: A critical review of the literature and agenda for future research. *Psychology of Violence*, 5(2), 112–121. <https://doi.org/10.1037/a0038656>
- Foran, H. M., & O’Leary, K. D. (2008). Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1222–1234. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.05.001>
- Ford, C. L., Slavin, T., Hilton, K. L., & Holt, S. L. (2013). Intimate partner violence prevention services and resources in Los Angeles: Issues, needs, and challenges for assisting lesbian, gay, bisexual, and transgender clients. *Health Promotion Practice*, 14(6), 841–849. <https://doi.org/10.1177/1524839912467645>
- Frost, D. M., Lehavot, K., & Meyer, I. H. (2013). Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9523-8>
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 97–109. <https://doi.org/10.1037/a0012844>
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2017). Minority Stress. In *The SAGE Encyclopedia of Psychology and Gender* (pp. 1195–1198). SAGE Publications.
- Gaman, A., McAfee, S., Homel, P., & Jacob, T. (2017). Understanding Patterns of Intimate Partner Abuse in Male–Male, Male–Female, and Female–Female Couples. *Psychiatric Quarterly*, 88(2), 335–347. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9450-2>
- Gehring, K. S., & Vaske, J. C. (2017). Out in the Open: The Consequences of Intimate Partner Violence for Victims in Same-Sex and Opposite-Sex Relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(23), 3669–3692. <https://doi.org/10.1177/0886260515600877>

- Goldberg, N. G., & Meyer, I. H. (2013). Sexual Orientation Disparities in History of Intimate Partner Violence: Results From the California Health Interview Survey. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(5), 1109–1118. <https://doi.org/10.1177/0886260512459384>
- Gonzales, G., Przedworski, J., & Henning-Smith, C. (2016). Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States: Results From the National Health Interview Survey. *JAMA Internal Medicine, 176*(9), 1344. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.3432>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2018-2023*. Gouvernement du Québec, Secrétariat à la condition féminine.
- Gouvernement français. (2020, May 16). *Bilan 2019 des crimes et délits anti-LGBT enregistrés par les forces de police et de gendarmerie*. Gouvernement.fr. <https://www.gouvernement.fr/bilan-2019-des-crimes-et-delits-anti-lgbt-enregistres-par-les-forces-de-police-et-de-gendarmerie>
- Hatzenbuehler, M. L. (2014). Structural Stigma and the Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *Current Directions in Psychological Science, 23*(2), 127–132. <https://doi.org/10.1177/0963721414523775>
- Hellemans, S., Loeys, T., Buysse, A., Dewaele, A., & De Smet, O. (2015). Intimate Partner Violence Victimization Among Non-Heterosexuals: Prevalence and Associations With Mental and Sexual Well-Being. *Journal of Family Violence, 30*(2), 171–188. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9669-y>
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized Stigma Among Sexual Minority Adults: Insights From a Social Psychological Perspective. *Journal of Counseling Psychology, 56*(1), 32–43. <https://doi.org/10.1037/a0014672>
- Ibrahim, D. (2019). La violence entre partenaires intimes de même sexe, affaires déclarées par la police au Canada, 2009 à 2017: Faits saillants. *Juristat, 85-002-X*, 1–34.
- Igartua, K., & Montoro, R. (2015). Les minorités sexuelles: Concepts, prémisses et structure d'une approche clinique adaptée. *Santé mentale au Québec, 40*(3), 19–35. <https://doi.org/10.7202/1034909ar>

- Institut national de Santé Publique du Québec. (n.d.). *Contexte de vulnérabilité: Personnes LGBT*.
Trousse Média sur la violence conjugale. Retrieved June 1, 2021, from
<https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/contextes-de-vulnerabilite/personnes-lgbt>
- Irwin, J. R., & McClelland, G. H. (2003). Negative Consequences of Dichotomizing Continuous Predictor Variables. *Journal of Marketing Research*, 40(3), 366–371.
<https://doi.org/10.1509/jmkr.40.3.366.19237>
- Jaquier, V., & Guay, S. (2013). Les violences conjugales. In M. Cusson, S. Guay, J. Proulx, & F. Cortoni, *Traité des violences criminelles, Les questions posées par la violence, les réponses de la science* (Hurtubise, pp. 259–281). Hurtubise Hmh.
- Johnson, M. P. (2006). Conflict and Control: Gender Symmetry and Asymmetry in Domestic Violence. *Violence Against Women*, 12(11), 1003–1018.
<https://doi.org/10.1177/1077801206293328>
- Johnson, M. P. (2011). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior*, 16(4), 289–296.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.04.006>
- Kennedy, A. C., & Prock, K. A. (2018). “I Still Feel Like I Am Not Normal”: A Review of the Role of Stigma and Stigmatization Among Female Survivors of Child Sexual Abuse, Sexual Assault, and Intimate Partner Violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(5), 512–527. <https://doi.org/10.1177/1524838016673601>
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Kim, C., & Schmuhl, M. (2019). Assessment of Research on Intimate Partner Violence (IPV) Among Sexual Minorities in the United States. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1–11.
<https://doi.org/10.1177/1524838019881732>
- Kimmes, J. G., Mallory, A. B., Spencer, C., Beck, A. R., Cafferky, B., & Stith, S. M. (2019). A Meta-Analysis of Risk Markers for Intimate Partner Violence in Same-Sex Relationships.

- Trauma, Violence, & Abuse*, 20(3), 374–384. <https://doi.org/10.1177/1524838017708784>
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(70). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
- Krestan, J.-A., & Bepko, C. S. (1980). The Problem of Fusion in the Lesbian Relationship. *Family Process*, 19(3), 277–289. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1980.00277.x>
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509–515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kubicek, K. (2018). Setting an Agenda to Address Intimate Partner Violence Among Young Men Who Have Sex With Men: A Conceptual Model and Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(4), 473–487. <https://doi.org/10.1177/1524838016673599>
- Laforest, J., & Gagné, D. (2018). Chapitre 5: La violence conjugale. In *Rapport québécois sur la violence et la santé* (Institut national de santé publique du Québec, pp. 131–168). https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf
- Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24794>
- LeBlanc, A. J., & Frost, D. M. (2019). Couple-Level Minority Stress and Mental Health among People in Same-Sex Relationships: Extending Minority Stress Theory. *Society and Mental Health*, 0(0), 1–15. <https://doi.org/10.1177/2156869319884724>
- Lefevor, G. T., Boyd-Rogers, C. C., Sprague, B. M., & Janis, R. A. (2019). Health disparities between genderqueer, transgender, and cisgender individuals: An extension of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology*, 66(4), 385–395.

<https://doi.org/10.1037/cou0000339>

- Lehavot, K., & Simoni, J. M. (2011). The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(2), 159–170. <https://doi.org/10.1037/a0022839>
- Lewis, R. J., Derlega, V. J., Griffin, J. L., & Krowinski, A. C. (2003). Stressors for Gay Men and Lesbians: Life Stress, Gay-Related Stress, Stigma Consciousness, and Depressive Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 22*(6), 716–729. <https://doi.org/10.1521/jscp.22.6.716.22932>
- Lewis, R. J., Mason, T. B., Winstead, B. A., & Kelley, M. L. (2017). Empirical investigation of a model of sexual minority specific and general risk factors for intimate partner violence among lesbian women. *Psychology of Violence, 7*(1), 110–119. <https://doi.org/10.1037/vio0000036>
- Lewis, R. J., Milletich, R. J., Derlega, V. J., & Padilla, M. A. (2014). Sexual Minority Stressors and Psychological Aggression in Lesbian Women’s Intimate Relationships: The Mediating Roles of Rumination and Relationship Satisfaction. *Psychology of Women Quarterly, 38*(4), 535–550. <https://doi.org/10.1177/0361684313517866>
- Lewis, R. J., Milletich, R. J., Kelley, M. L., & Woody, A. (2012). Minority stress, substance use, and intimate partner violence among sexual minority women. *Aggression and Violent Behavior, 17*(3), 247–256. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.02.004>
- Longobardi, C., & Badenes-Ribera, L. (2017). Intimate Partner Violence in Same-Sex Relationships and The Role of Sexual Minority Stressors: A Systematic Review of the Past 10 Years. *Journal of Child and Family Studies, 26*(8), 2039–2049. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0734-4>
- López, J. D., Duncan, A., Shacham, E., & McKay, V. (2021). Disparities in health behaviors and outcomes at the intersection of race and sexual identity among women: Results from the 2011–2016 National Health and Nutrition Examination Survey. *Preventive Medicine, 142*, 106379. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106379>
- Mahon, C. P., Pachankis, J. E., Kiernan, G., & Gallagher, P. (2021). Risk and Protective Factors

- for Social Anxiety Among Sexual Minority Individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 50, 1015–1032. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01845-1>
- McKenry, P. C., Serovich, J. M., Mason, T. L., & Mosack, K. (2006). Perpetration of Gay and Lesbian Partner Violence: A Disempowerment Perspective. *Journal of Family Violence*, 21(4), 233–243. <https://doi.org/10.1007/s10896-006-9020-8>
- Mechanic, M. B., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (2008). Mental Health Consequences of Intimate Partner Abuse. *Violence against Women*, 14(6), 634–654. <https://doi.org/10.1177/1077801208319283>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209. <https://doi.org/10.1037/sgd0000132>
- Meyer, I. H., Rossano, L., Ellis, J., & Bradford, J. (2002). A brief telephone interview to identify Lesbian and bisexual women in random digit dialing sampling. *Journal of Sex Research*, 39, 139–144. <https://doi.org/10.1080/00224490209552133>
- Meyer, S., & Frost, A. (2019). *Domestic and family violence: A critical introduction to knowledge and practice*. Routledge. <https://research.monash.edu/en/publications/domestic-and-family-violence-a-critical-introduction-to-knowledge>
- Milletich, R. J., Gumienny, L. A., Kelley, M. L., & D’Lima, G. M. (2014). Predictors of Women’s Same-Sex Partner Violence Perpetration. *Journal of Family Violence*, 29(6), 653–664. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9620-7>
- Monastesse, M. (2020, March 20). *Coronavirus: Augmentation des appels de détresse pour violence conjugale* [Radio-Canada]. <http://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/le-15-18/segments/entrevue/159791/maisons-hebergement-confinement-isolement-quarantaine-feminicides>
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Comprendre et lutter contre la violence à l’égard des*

femmes: La violence exercée par un partenaire intime (Comprendre et Lutter Contre La Violence à l'égard Des Femmes, pp. 1–12) [Fiche d'information]. Organisation Mondiale de la Santé.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86232/WHO_RHR_12.36_fre.pdf?sequence=1

Overstreet, N. M., Willie, T. C., & Sullivan, T. P. (2019). Stigmatizing Reactions Versus General Negative Reactions to Partner Violence Disclosure as Predictors of Avoidance Coping and Depression. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(8), 1734–1752.
<https://doi.org/10.1177/0886260516653753>

Philippi, C. L., Cornejo, M. D., Frost, C. P., Walsh, E. C., Hoks, R. M., Birn, R., & Abercrombie, H. C. (2018). Neural and behavioral correlates of negative self-focused thought associated with depression. *Human Brain Mapping*, 39(5), 2246–2257.
<https://doi.org/10.1002/hbm.24003>

Pinel, E. C. (1999). Stigma Consciousness: The Psychological Legacy of Social Stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(1), 114–128.

Poupart, L., & Leroux, K. (2018). Chapitre 7: Intervenir en contexte de violence conjugale. In *Introduction à l'intervention auprès des victimes d'actes criminels* (Association québécoise Plaidoyer-Victimes, pp. 180–225).

Prell, E., & Traeen, B. (2018). Minority Stress and Mental Health Among Bisexual and Lesbian Women in Norway. *Journal of Bisexuality*, 18(3), 278–298.
<https://doi.org/10.1080/15299716.2018.1518180>

Renzetti, C. M. (1992). *Violent betrayal: Partner abuse in lesbian relationships*. Sage Publications.

Réseau canadien pour la santé des femmes. (2000). *La violence conjugale dans la communauté LGBT**. 3(4). <http://www.cwhn.ca/fr/node/40070>

Russell, B. (2018). Police perceptions in intimate partner violence cases: The influence of gender and sexual orientation. *Journal of Crime and Justice*, 41(2), 193–205.
<https://doi.org/10.1080/0735648X.2017.1282378>

Sánchez, F. J., & Vilain, E. (2009). Collective self-esteem as a coping resource for male-to-female

- transsexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 202–209.
<https://doi.org/10.1037/a0014573>
- Shamblaw, A. L., Rumas, R. L., & Best, M. W. (2021). Coping during the COVID-19 pandemic: Relations with mental health and quality of life. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cap0000263>
- Solomon, D. T., Morey, K. E., Williams, C. J., Grist, C. L., & Malesky, L. A. (2021). COVID-19 health behaviors in a sexual minority sample: The impact of internalized stigma. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sgd0000466>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Statistique Canada. (2016). La violence familiale au Canada: Un profil statistique, 2014. *Juristat*, 85-002-X, 1–87.
- Statistique Canada. (2020, February 26). *Infographic: Police-reported hate crime in Canada, 2018*. Statcan.Gc.Ca. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2020015-eng.htm>
- Stiles-Shields, C., & Carroll, R. A. (2015). Same-Sex Domestic Violence: Prevalence, Unique Aspects, and Clinical Implications. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(6), 636–648. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.958792>
- Straus, M. A., & Douglas, E. M. (2004). A Short Form of the Revised Conflict Tactics Scales, and Typologies for Severity and Mutuality. *Violence and Victims*, 19(5), 507–520. <https://doi.org/10.1891/vivi.19.5.507.63686>
- Straus, M. A., Hamby, S., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283–316. <https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
- Szymanski, D. M. (2006). Does Internalized Heterosexism Moderate the Link Between Heterosexist Events and Lesbians' Psychological Distress? *Sex Roles*, 54(3), 227–234.

<https://doi.org/10.1007/s11199-006-9340-4>

Szymanski, D. M., & Chung, Y. B. (2001). The Lesbian Internalized Homophobia Scale: A Rational/Theoretical Approach. *Journal of Homosexuality*, 41(2), 37–52. https://doi.org/10.1300/J082v41n02_03

Terriennes. (2020, April 16). Covid-19: Le Québec fait face à la recrudescence des violences familiales et conjugales. *TV5MONDE*. <https://information.tv5monde.com/terriennes/covid-19-le-quebec-fait-face-la-recrudescence-des-violences-familiales-et-conjugales>

Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2014). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>

Timmins, L., Rimes, K. A., & Rahman, Q. (2020). Minority Stressors, Rumination, and Psychological Distress in Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 661–680. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01502-2>

Vincent, C., Gagné, J.-P., Leroux, T., Clothier, A., Larivière, M., Dumont, F. S., & Gendron, M. (2017). Canadian-French Validation of Two Questionnaires That Measure the Stigma Associated With Hearing Impairment: Initial Development. *Canadian Journal of Speech-Language and Audiology*, 41(3), 263–287.

Walters, M. L., Chen, J., & Breiding, M. J. (2013). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2010 Findings on Victimization by Sexual Orientation* (pp. 1–42). National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e541272013-001>

World Health Organization. (2012). *Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence* (Understanding and Addressing Violence Against Women, pp. 1–12) [Information sheet]. World Health Organization. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/en/

Annexe 1. Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Étude sur l'effet du stress minoritaire sur la violence conjugale et les conflits au sein des couples de femmes.

Chercheuse étudiante : Emma Fédele, étudiante à la maîtrise de criminologie, École de criminologie, Université de Montréal

Directeur de recherche : Stéphane Guay, professeur titulaire, École de criminologie et Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

Codirecteur : Robert-Paul Juster, professeur-chercheur adjoint, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à envoyer par courriel toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Ce projet vise à mieux comprendre comment le stress d'appartenir à une minorité sexuelle (aussi appelé stress minoritaire) influe sur les conduites violentes et la résolution de conflit dans les couples de femmes, ainsi que sur la santé mentale des femmes de la minorité sexuelle canadienne.

2. Participation à la recherche

Votre participation consiste à répondre au questionnaire en ligne suivant. Il comporte cinq sections qui portent sur la manière dont vous vivez votre identité sexuelle et de genre, votre santé mentale, la fréquence et la sévérité des conduites violentes que vous avez pu subir et commettre lorsque vous étiez dans une relation violente avec une autre femme, et le stress que vous pouvez vivre dû à votre appartenance à une minorité sexuelle. Ce stress se découpe en quatre dimensions : les préjugés que vous avez pu vivre dû à votre appartenance à une minorité sexuelle, le préjudice que vous vous attendez à vivre dû à votre appartenance à une minorité sexuelle, le degré de dévoilement de votre sexualité à votre entourage, et l'homophobie intériorisée. Des questions vous seront donc posées sur toutes ces notions.

Cela devrait vous prendre entre trente et quarante-cinq minutes.

3. Risques et inconvénients

La participation à cette recherche pourrait exposer les participantes à un risque accru de violence psychologique et/ou physique. Nous tenons à nous assurer que ce ne soit pas le cas. C'est pourquoi nous vérifions en début de questionnaire que vous ne viviez pas actuellement une situation de violence conjugale et que vous êtes capable de compléter ce questionnaire dans un endroit privé, sans risque pour votre bien être. Si tel n'est pas le cas, le questionnaire se fermera automatiquement. Nous vous invitons alors à contacter une des ressources d'aide mises à votre disposition ci-dessous et tout au long du questionnaire.

Il est possible également que certaines questions puissent susciter des réflexions ou raviver des souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou mettre fin à votre participation. En cas de besoin, vous pouvez prendre contact avec la chercheuse étudiante, qui pourra

vous rediriger vers des organismes d'aide. Les contacts vers ces ressources sont également mis à votre disposition ci-dessous et tout au long du questionnaire :

Centre de Solidarité Lesbienne (centre d'aide pour les femmes de la minorité sexuelle victime de violences conjugales)

4126 St Denis St bureau 301, Montréal, Québec, H2W2M5
(514) 526-2652

Interligne (ligne d'écoute et d'information pour les personnes concernées par la diversité sexuelle et la pluralité des genres, disponible 24h/24, en français et en anglais)

(514) 866-0103 (Montréal)
1 888 505-1010 (Sans frais)

SOS violence conjugale (ligne d'écoute de crise, de référence et d'information, accessible 24h/24, en français et en anglais)

1 800 393-9010 (Québec)
514 873-9010 (Montréal)

Si vous êtes en danger immédiat ou avez besoin d'un soutien médical urgent : composez le 911

Centraide United Way (ligne de référence et d'informations sur les services sociaux et de santé gouvernementaux et communautaire) : composez le 211 ou visitez 211.ca. Le 211 offre un soutien spécialisé aux membres de certaines communautés, dont les Premières Nations, les nouveaux arrivants et les personnes LGBTQ+ partout au Canada.

Espace Mieux-être Canada (soutien en matière de santé mentale partout au Canada)

Textez MIEUX (français) ou WELLNESS (anglais) au 741741.

Les personnes autochtones peuvent également joindre la ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être au 1-855-242-3310.

Services de crises du Canada :

Pour les résidents hors Québec : 1 833 456 4566 (disponible 24h/24)

Pour les résidents du Québec : 1 866 APPELLE (1 866 277 3553)

Trouvez un centre de crise proche de chez vous en visitant <https://www.crisisservicescanada.ca/en/looking-for-local-resources-support/>

Pour plus de ressources LGBT, consultez le guide de ressources LGBT à <http://guideigbt.org>.

Pour plus de ressources concernant les violences conjugales, consultez la page du Ministère de la Justice à <https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/fv-vf/help-aide.html>.

4. Avantages et bénéfices

À notre connaissance, il n'y a pas d'avantage particulier à participer à ce projet. Vous contribuerez cependant à une meilleure compréhension des enjeux rattachés à la violence dans les couples de femme et des impacts que ces gestes peuvent avoir sur la santé mentale et l'identité sexuelle des individus. Il s'agit également d'une occasion pour les participantes de mieux se connaître et de réfléchir à leur rapport à leur identité sexuelle.

5. Confidentialité

Toutes les informations que vous nous donnerez demeureront confidentielles. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. La plateforme informatique sur laquelle vous répondrez est sécurisée et utilise une technologie de cryptage SSL (Secure Locket Layers).

Les données seront conservées dans un lieu sûr pendant 7 ans, en vertu des règles de conservation en vigueur à l'Université de Montréal. Comme aucun renseignement personnel n'est associé aux données, aucune précaution liée à l'anonymat est à prévoir.

6. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire. Vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche, en quittant le questionnaire ou en fermant la fenêtre de votre navigateur web, sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Lorsque vous quitterez le questionnaire sans l'avoir complété, vos réponses ne seront pas comptabilisées pour la suite de la recherche.

7. Transmission des résultats aux participants

Il nous fera plaisir de communiquer avec vous un bilan des résultats de la recherche obtenus grâce à votre participation. Il vous suffit de communiquer votre souhait par courriel, avec la chercheuse étudiante, afin que nous puissions vous faire parvenir directement les principaux résultats.

8. Utilisation des données de recherche

Les données collectées lors de cette étude ne seront utilisées qu'aux fins de la présente recherche.

B) CONSENTEMENT

Déclaration du participant

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux, par courriel, poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer à ce projet de recherche.

Votre déclaration :

- J'accepte de participer à ce projet de recherche

Engagement de la chercheuse

- Je déclare avoir expliqué aux participantes l'objectif, la nature et conditions de participation au projet de recherche.
- Je m'engage à répondre au meilleur de ma connaissance aux questions posées et à m'assurer de la compréhension des participantes.
- Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Emma Fédele,
Étudiante à la maîtrise de criminologie,
Département de criminologie, Université de Montréal
Chercheuse étudiante responsable du projet de recherche

Pour toute question relative à l'étude veuillez communiquer avec Emma Fédele à l'adresse courriel [REDACTED].

Pour toute préoccupation sur vos droits et sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche – Société et culture par courriel à l'adresse cerc@umontreal.ca ou par téléphone au (514) 343-7338 ou encore consulter le site Web <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou en communiquant par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

Annexe 2. Questionnaire

Bonjour, merci d'avoir cliqué sur ce lien. Vos réponses nous sont précieuses. Avant de commencer le questionnaire, il vous faut répondre à quelques questions préliminaires.

For English Version, click on [this link](#).

Introduction

Êtes-vous actuellement en couple **et** vivez-vous de la violence conjugale?

- Oui → le questionnaire se ferme automatiquement.
- Non

Êtes-vous capable de compléter ce questionnaire en privé, sans risque pour votre bien-être?

- Oui
- Non → le questionnaire se ferme automatiquement

Section 1 : variables démographiques

Quel est votre âge? _____

Dans quelle région habitez-vous?

- Alberta
- Colombie-Britannique
- Manitoba
- Nouveau-Brunswick
- Terre Neuve et Labrador
- Territoires du Nord-Ouest
- Nouvelle-Écosse
- Nunavut
- Ontario
- L'Île du Prince-Édouard
- Quebec
- Saskatchewan
- Yukon

Quel est votre niveau d'éducation?

- Aucun diplôme secondaire
- BEP – Secondaire terminé
- CEGEP – Université commencée
- Diplôme universitaire

Quel est votre origine ethnique? (plusieurs réponses possibles)

- Caucasiens (type européen blanc, de descendance européenne)
- Noir (p.ex. Africain, Haïtien, Jamaïcain)
- Autochtone/Premières nations
- Asiatique
- Arabe/Maghreb
- Latino-Américain
- Autre(s). Précisez : _____

Quel était le statut de votre relation dans laquelle il y a eu de la violence :

- En couple
- En union libre
- Mariée

Combien de temps a duré votre relation violente avec votre partenaire : _____

Habitez-vous avec votre partenaire?

- Oui
- Non

SECTION 2 : Identité sexuelle et de genre

La section suivante comprend des questions sur votre orientation sexuelle et votre identité de genre. Nous reconnaissons que les identités sexuelles sont multiples et en constante évolution, ainsi que le langage que les gens utilisent. Nous avons fait très attention d'utiliser les termes les plus couramment utilisés aujourd'hui. Cependant, avisez-nous s'il existe un terme qui vous conviendrait mieux et nous l'enregistrerons.

Identité de genre

Quel est votre sexe biologique assigné à la naissance (sur votre certificat de naissance)?

- a. Homme
- b. Femme

Laquelle des options suivantes décrit le mieux votre identité de genre actuellement?

- a. Homme
- b. Femme
- c. Autochtone ou autre identité de genre culturelle (p. ex. bispirituel·le ou personne-aux-deux-esprits)
- d. Autre (p.ex. genre fluide, non-binaire)

Quel est le genre avec lequel vous vivez actuellement dans votre vie de tous les jours?

- a. Femme

- b. Homme
- c. Parfois homme, parfois femme
- d. Un autre genre qu'homme ou femme
- e. Identité et comportement sexuel

Identité et comportement sexuel

Comment vous identifiez vous ?

- a. Exclusivement hétérosexuel·le
- b. Prédominance hétérosexuel·le, homosexuel·le qu'occasionnellement
- c. Principalement hétérosexuel·le, mais plus occasionnellement homosexuel·le
- d. Bisexuel·le
- e. Principalement homosexuel·le, mais plus occasionnellement hétérosexuel·le
- f. Prédominance homosexuel·le, hétérosexuel·le qu'occasionnellement
- g. Exclusivement homosexuel·le
- h. Asexué·e, non sexuel·le

Les gens sont tous différents par rapport à leur attraction sexuelle. Qu'est-ce qui vous décrit le mieux?

- a. Seulement attiré par les femmes
- b. Principalement attiré par les femmes
- c. Également attiré par les femmes et les hommes
- d. Principalement attiré envers les hommes
- e. Seulement attiré envers les hommes
- f. Pas certain
- g. Autre, précisez : _____

Avez-vous des relations sexuelles et/ou intimes avec:

- a. Seulement des femmes
- b. Principalement des femmes
- c. Des hommes comme des femmes
- d. Principalement des hommes
- e. Seulement des hommes
- f. Autre: _____

Expression de genre :

	<i>Pas du tout</i>	<i>Très peu</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
De façon générale, à quel point pensez-vous être masculine ?					
De façon générale, à quel point agissez-vous de façon masculine ?					
À quel point pensez-vous apparaître aux yeux des autres comme masculine ?					
De façon générale, à quel point pensez-vous être féminine ?					
De façon générale, à quel point agissez-vous de façon féminine ?					
À quel point pensez-vous apparaître aux yeux des autres comme féminine ?					

SECTION 3 : SANTÉ MENTALE

Le fait de vivre dans une relation violente et de vivre du stress peut affecter votre santé mentale. C'est pourquoi les questions suivantes concernent votre santé mentale actuelle.

Questionnaire sur la santé du patient

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangée par les problèmes suivants?

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses				
Se sentir triste, déprimée ou désespérée				
Difficulté à s'endormir ou à rester endormie, ou trop dormir				

Se sentir fatiguée ou avoir peu d'énergie				
Peu d'appétit ou trop manger				
Mauvaise perception de vous-même – ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille				
Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision				
Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire – vous êtes si agitée que vous bougez beaucoup plus que d'habitude				
Vous avez pensé que vous seriez mieux morte ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre				

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

- Pas du tout difficile(s)
- Plutôt difficile(s)
- Très difficile(s)
- Extrêmement difficile(s)

Questionnaire d'appréciation des symptômes d'anxiété

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangée par les problèmes suivants?

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des	Presque tous les jours
Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension				
Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes				
Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien				
Difficulté à se détendre				
Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille				

Devenir facilement contrariée ou irritable				
Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver				

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

- Pas du tout difficile(s)
- Plutôt difficile(s)
- Très difficile(s)
- Extrêmement difficile(s)

SECTION 4 : Questionnaire sur la résolution des conflits conjugaux

Même si un couple s'entend très bien, il peut arriver que les conjoints aient des différends, qu'ils se contrarient, qu'ils aient des attentes différentes ou qu'ils aient des prises de bec ou des disputes simplement parce qu'ils sont de mauvaise humeur, fatigués ou pour une autre raison. Ils utilisent également de nombreux moyens pour essayer de résoudre leurs conflits. Vous trouverez ci-dessous une liste de moyens qui peuvent avoir été utilisés lorsque vous et votre ancienne partenaire étiez en désaccord. Cochez le nombre de fois que vous avez utilisé ces moyens et combien de fois votre ancienne partenaire les a utilisés.

1	2	3	4	5	6	7
1 fois	2 fois	3-5 fois	6-10 fois	11-20 fois	Plus de 20 fois	Ceci n'est jamais arrivé

- J'ai expliqué à ma partenaire mon point de vue concernant notre désaccord.
- Ma partenaire m'a expliqué son point de vue concernant notre désaccord.
- J'ai insulté ma partenaire ou je me suis adressée à elle en sacrant.
- Ma partenaire m'a insultée ou s'est adressée à moi en sacrant.
- J'ai eu une entorse, une ecchymose (un bleu) ou une petite coupure à cause d'une bagarre avec ma partenaire, ou j'ai ressenti une douleur physique jusqu'au lendemain à la suite d'une bagarre avec ma partenaire.
- Ma partenaire a eu une entorse, une ecchymose (un bleu) ou une petite coupure à cause d'une bagarre avec moi, ou ma partenaire a ressenti une douleur physique jusqu'au lendemain, à la suite d'une bagarre survenue entre nous.
- J'ai respecté le point de vue de ma partenaire lors d'un désaccord.
- Ma partenaire a respecté mon point de vue lors d'un désaccord.

- J'ai poussé, bousculé ou giflé ma partenaire.
- Ma partenaire m'a poussé, bousculé ou giflé.

- J'ai donné un coup-de-poing à ma partenaire, je l'ai frappée, ou j'ai battu ma partenaire.
- Ma partenaire m'a donné un coup-de-poing, m'a frappé, ou m'a battu.

- J'ai détruit quelque chose qui appartenait à ma partenaire, ou j'ai menacé de la frapper ou de lancer un objet sur elle.
- Ma partenaire a détruit quelque chose qui m'appartient, ou a menacé de me frapper ou de me lancer un objet.

- J'ai consulté, ou j'aurais eu besoin de consulter un médecin mais je ne l'ai pas fait, à la suite d'une bagarre avec ma partenaire.
- Ma partenaire a consulté, ou aurait eu besoin de consulter un médecin mais ne l'a pas fait, à la suite d'une bagarre avec moi.

- J'ai utilisé la force (comme frapper, maintenir au sol, utiliser une arme) pour obliger ma partenaire à avoir des relations sexuelles.
- Ma partenaire a utilisé la force (comme frapper, maintenir au sol, utiliser une arme) pour m'obliger à avoir des relations sexuelles.

- J'ai insisté auprès de ma partenaire pour avoir des relations sexuelles alors qu'elle ne voulait pas ou j'ai obligé ma partenaire à avoir des relations sexuelles sans condom (mais je n'ai pas utilisé la force physique).
- Ma partenaire a insisté pour avoir des relations sexuelles alors que je ne voulais pas ou m'a obligé à avoir des relations sexuelles sans condoms (mais n'a pas utilisé la force physique).

- J'ai menacé ma partenaire de parler de sa sexualité à ses amis, sa famille, ses collègues (ou à tout autre institution).
- Ma partenaire a menacé de parler de ma sexualité à mes amis, ma famille, mes collègues (ou à tout autre institution).

SECTION 5 : STRESS MINORITAIRE

Le stress minoritaire est une forme de stress vécue par les minorités, qui vient s'ajouter aux stressseurs généraux vécu par la population générale (le stress lié au travail, à l'argent, aux problèmes de santé...). Il peut toucher toute personne appartenant à une minorité, qu'elle vive personnellement des situations stigmatisante ou non, et peut venir affecter sa santé mentale et ses relations intimes. Lorsqu'appliqué à la minorité sexuelle, il peut être découpé en quatre volet : les préjudices vécus, la stigmatisation anticipée, le taux de dévoilement, et l'homophobie intériorisée. Les questions suivantes servent à mesurer ces quatre concepts.

Préjudice vécu

Ces questions concernent les préjugés que vous avez pu vivre dû à votre appartenance à une minorité sexuelle. Nous vous demandons de noter, à partir de l'échelle ci-dessous, combien de fois un de ces événements c'est déjà produit au cours de votre vie.

0	1	2	3	4	5
Cela ne s'est jamais produit	Cela s'est déjà produit une fois	Cela s'est déjà produit 2 à 4 fois	Cela s'est déjà produit plus de 5 fois	Cela s'est déjà produit plus de 10 fois	Cela s'est déjà produit plus de 20 fois

- Combien de fois avez-vous été traité injustement par des professeurs d'école ou enseignants du supérieur parce que vous êtes lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre ou en questionnement par rapport à votre sexualité?
- Combien de fois avez-vous été traité injustement par votre employeur, votre patron ou vos supérieurs parce que vous êtes lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre ou en questionnement par rapport à votre sexualité ?
- Combien de fois avez-vous été traité injustement par vos collaborateur·rice·s, camarades d'université ou collègues parce que vous êtes lesbienne, gay bisexuelle, transgenre ou en questionnement par rapport à votre sexualité ?
- Combien de fois avez-vous été traité injustement par des personnes occupant des emplois de service (employé·e·s de magasins, serveur·euse·s, barmen, employé·e·s de banque, mécaniciens ou autres) parce que vous êtes lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre ou en questionnement par rapport à votre sexualité ?
- Combien de fois avez-vous été traité injustement par des inconnus parce que vous êtes lesbienne, gay bisexuelles, transgenre ou en en questionnement par rapport à votre sexualité ?
- Combien de fois avez-vous été traité injustement par des personnes exerçant une profession médico-sociale (médecins, infirmier·ère·s, psychiatres, travailleur·euse·s sociaux, dentistes, conseiller·ère·s scolaires, thérapeutes, pédiatres, directeurs d'école, gynécologues ou autres) parce que vous êtes lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre ou en en questionnement par rapport à votre sexualité ?
- Combien de fois vous a-t-on refusé une augmentation, une promotion, une titularisation, une mission intéressante, un emploi ou autres choses que vous méritiez professionnellement parce que vous êtes lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre ou en questionnement par rapport à votre sexualité?

- Combien de fois avez-vous été traité injustement par votre famille parce que vous êtes lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre ou en questionnement par rapport à votre sexualité ?
- Combien de fois avez-vous été traitée par des termes hétérosexistes comme « gouine », « tapette » ou tout autre terme injuriant ?
- Combien de fois s'est-on moqué de vous, vous a-t-on harcelée, bousculée, poussée, frappée ou menacée physiquement parce que vous êtes lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre ou en questionnement par rapport à votre sexualité ?
- Combien de fois avez-vous été rejetée par des membres de votre famille parce que vous êtes lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre ou en questionnement par rapport à votre sexualité ?
- Combien de fois avez-vous été rejetée par des ami·e·s parce que vous êtes lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre ou en questionnement par rapport à votre sexualité ?
- Combien de fois avez-vous entendu des propos anti-LGBTQ tenus par des membres de votre famille?
- Combien de fois avez-vous été insultée verbalement parce que vous êtes lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre ou en questionnement par rapport à votre sexualité ?

Stigmatisation anticipée

Ces questions mesurent à quel point quelqu'un s'attend à être jugé sur la base d'un stéréotype. Pour chaque affirmation, veuillez noter à quel point vous êtes d'accord ou non en utilisant l'échelle ci-dessous. Le terme FDS signifie « femmes de la diversité sexuelle » et a pour but d'inclure toute personne qui s'identifie comme une femme non hétérosexuelle. Pour chaque affirmation, veuillez noter à quel point vous êtes d'accord ou non.

0	1	2	3	4	5	6
Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Un peu en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Un peu en accord	Plutôt en accord	Fortement en accord

- Les stéréotypes concernant les FDS ne m'affectent pas personnellement.
- Je ne suis jamais inquiet que mes comportements puissent être perçus comme étant typique d'une FDS.
- Lorsque je dialogue avec des personnes hétérosexuelles qui connaissent mon orientation sexuelle, je sens qu'ils interprètent tous mes comportements en fonction du fait que je suis une FDS.
- La plupart personnes hétérosexuelles ne jugent pas les FDS sur la base de leur orientation sexuelle.

- Le fait que je suis une FDS n'a aucune influence sur la façon dont les personnes hétérosexuelles agissent avec moi.
- Je ne pense presque jamais au fait que je suis une FDS lorsque je dialogue avec une personne hétérosexuelle.
- Le fait que je suis une FDS n'a aucune influence sur la façon dont les gens agissent avec moi.
- La plupart des personnes hétérosexuelles ont beaucoup plus de pensées homophobes qu'ils ne le disent en réalité.
- Je crois souvent que les personnes hétérosexuelles sont injustement accusées d'être homophobes.
- La plupart des personnes hétérosexuelles ont de la difficulté à considérer les FDS comme étant des égales.

Degré de dévoilement

À quel point avez-vous dévoilé votre sexualité à chacun des groupes suivants, en fonction de l'échelle suivante :

	À aucune de ces personnes	À quelques-unes de ces personnes	À la plupart de ces personnes	À toutes ces personnes
À votre famille				
À vos ami·e·s gays, lesbiennes ou bisexuels				
À vos ami·e·s hétérosexuel·les				
À vos collègues				
Aux professionnels de la santé qui s'occupent de vous				

Homophobie intériorisée

Les questions suivantes se concentrent sur la manière et le degré avec lesquels vous avez internalisé la stigmatisation sociale entourant les minorités sexuelles. Il s'agit de la dernière dimension du stress minoritaire. Veuillez s'il vous plait indiquer à quel point vous être en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations suivantes.

0	1	2	3	4	5
Toujours faux	Généralement faux	Ni vrai, ni faux	Généralement vrai	Toujours vrai	Je ne sais pas / je ne souhaite pas répondre

Lien avec la communauté LBT (lesbienne, femme bisexuelle et femme transgenre) :

- Quand j’interagis avec des membres de la communauté LBT, je me sens souvent différente et seule, comme si je n’étais pas à ma place.
- Participer à des évènements ou à des organisations LBT est important pour moi.
- Je me sens isolée et à l’écart des autres femmes LBT
- La plupart de mes amies sont des femmes LBT
- Être en société avec d’autres femmes LBT me met mal à l’aise.
- Faire partie de la communauté LBT est important pour moi.
- Avoir des amies LBT est important pour moi.
- Je suis à l’aise avec le fait de rejoindre un groupe social LBT, une équipe sportive lesbienne ou une organisation lesbienne.
- Je connais les ressources communautaires destinées aux femmes des minorités sexuelles (librairies, groupes de soutien, bars, etc.).
- J’ai connaissance de l’histoire du développement des communautés LBT et/ou du mouvement pour les droits des gay et lesbiennes.
- Je connais des livres et/ou des magazines LBT.
- Je connais des films et/ou de la musique LBT.
- J’ai l’expérience de festivals de musique et de conférence LBT.

Identification publique comme femme d’une minorité sexuelle :

- J’essaie de ne pas donner de signes indiquant que je fais partie d’une minorité sexuelle. Je fais attention à ma façon de m’habiller, aux bijoux que je porte ainsi qu’aux lieux, gens et évènements dont je parle.
- Je suis à l’aise avec le fait d’être membre « déclarée » d’une minorité sexuelle. Je veux que les autres sachent que je suis une femme faisant partie d’une minorité sexuelle et me considèrent comme telle.

- Cela ne me dérangerait pas que mon patron sache que je fais partie d'une minorité sexuelle.
- Il est important pour moi de cacher à ma famille que je suis une femme faisant partie d'une minorité sexuelle.
- Je n'ai pas de mal à parler à mes amis hétérosexuel·le·s de ma vie quotidienne avec ma partenaire LBT ou de mes activités quotidiennes avec mes amies LBT.
- Je ne m'inquiète pas du fait que quelqu'un découvre que je fais partie d'une minorité sexuelle.
- Je vis dans la crainte que quelqu'un découvre que je fais partie d'une minorité sexuelle.
- Je peux parler sans gêne de mon homosexualité en public.
- Je ne ressens pas la nécessité d'être sur mes gardes, de mentir ou de cacher aux autres mon appartenance à une minorité sexuelle.
- Si mes pairs apprennent mon appartenance à une minorité sexuelle, je crains que beaucoup d'entre eux ne veuillent plus être amis avec moi.
- Je ne pourrais pas m'opposer à un·e ami·e ou à une connaissance hétérosexuelle si elle ou il m'adressait un commentaire homophobe ou hétérosexiste.
- Je peux discuter sans gêne avec ma famille de mon appartenance à une minorité sexuelle.
- Je n'aime pas être vue en public avec des femmes de minorités sexuelles qui ont l'air « trop masculines » ou sont « trop assumées » parce que les autres risquent de penser que je suis lesbienne.
- Je me comporte comme si mes partenaires romantique ou sexuel LBT étaient simplement des amies.
- Quand je parle de ma partenaire LBT à une personne hétérosexuelle, j'utilise souvent des pronoms neutres de façon à ce que le sexe de la personne reste vague.
- Quand je parle de ma partenaire LBT à une personne hétérosexuelle, je change les pronoms afin que les autres croient que j'ai une relation avec un homme plutôt qu'une femme.

Sentiments personnels sur le fait de faire partie d'une minorité sexuelle :

- Je me déteste parce que je suis attirée par d'autres femmes.
- Je suis fière de faire partie d'une minorité sexuelle.
- Je me sens coupable de suivre mes désirs lesbiens.
- Comme femme d'une minorité sexuelle, je suis digne d'amour et je mérite le respect.
- Je suis à l'aise avec mon appartenance à une minorité sexuelle.

- Si je pouvais changer d'orientation sexuelle et devenir hétérosexuelle, je le ferais.
- Je n'éprouve aucune déception personnelle d'être une femme appartenant à une minorité sexuelle.
- Faire partie d'une minorité sexuelle rend mon avenir triste et sans espoir.

Attitudes envers les autres femmes des minorités sexuelles :

- Je suis à l'aise avec la diversité des femmes qui constituent la communauté LBT.
- Si certaines femmes des minorités sexuelles acceptaient de changer et de devenir plus acceptables aux yeux de la société, les lesbiennes en tant que groupe n'auraient pas à affronter autant de réactions négatives et de discrimination.
- J'aimerais que certaines femmes des minorités sexuelles « n'étaient » pas leur sexualité. Elles le font uniquement par provocation et il n'en ressort rien de positif.
- Les femmes des minorités sexuelles sont trop agressives.
- Mes sentiments à l'égard des autres femmes faisant partie des minorités sexuelles sont souvent négatifs.
- Je fais souvent des commentaires négatifs sur les autres femmes faisant partie des minorités sexuelles.
- J'ai du respect et de l'admiration pour les autres femmes des minorités sexuelles.
- Je ne peux pas supporter les femmes des minorités sexuelles qui sont trop « masculines ». Elles donnent une mauvaise image des femmes de la minorité sexuelle en tant que groupe

Merci d'avoir répondu!

Si vous voulez participer au tirage au sort et avoir la chance de gagner une des cinq cartes Visa pré-payées, veuillez indiquer votre adresse courriel ci-dessous : _____

Si vous avez une question, un commentaire sur ce questionnaire, ou si vous voulez connaître l'évolution de cette étude, n'hésitez pas à joindre la chercheuse-étudiante par courriel à .

Contacts vers des organismes d'aide:

Centre de Solidarité Lesbienne (centre d'aide pour les femmes de la minorité sexuelle victime de violences conjugales) 4126 St Denis St bureau 301, Montréal, Québec, H2W2M5, (514) 526-2652

Interligne (ligne d'écoute et d'information pour les personnes concernées par la diversité sexuelle et la pluralité des genres, disponible 24h/24, en français et en anglais) : (514) 866-0103 (Montréal), 1 888 505-1010 (Sans frais).

SOS violence conjugale (ligne d'écoute de crise, de référence et d'information, accessible 24h/24, en français et en anglais) : 1 800 393-9010 (Québec), 514 873-9010 (Montréal).

Centraide United Way (ligne de référence et d'informations sur les services sociaux et de santé gouvernementaux et communautaire) : composez le 211 ou visitez 211.ca. Le 211 offre un soutien spécialisé aux membres de certaines communautés, dont les Premières Nations, les nouveaux arrivants et les personnes LGBTQ+ partout au Canada.

Espace Mieux-être Canada (soutien en matière de santé mentale partout au Canada) Textez MIEUX (français) ou WELLNESS (anglais) au 741741. Les personnes autochtones peuvent également joindre la ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être au 1-855-242-3310.

Services de crises du Canada :

Pour les résidents hors Québec : 1 833 456 4566 (disponible 24h/24)

Pour les résidents du Québec : 1 866 APPELLE (1 866 277 3553)

Trouvez un centre de crise proche de chez vous en visitant <https://www.crisisservicescanada.ca/en/looking-for-local-resources-support/>

Pour plus de ressources LGBT, consultez le guide de ressources LGBT à <http://guidelgbt.org>.

Pour plus de ressources concernant les violences conjugales, consultez la page du Ministère de la Justice à <https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/fv-vf/help-aide.html>.