



HAL
open science

Tentatives de suicide et homosexualité: revue de la littérature

Elodie Charbonnier, Pierluigi Graziani

► **To cite this version:**

Elodie Charbonnier, Pierluigi Graziani. Tentatives de suicide et homosexualité: revue de la littérature. La Revue Française et Francophone de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 2011. hal-01623618

HAL Id: hal-01623618

<https://hal.science/hal-01623618>

Submitted on 12 Jan 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Tentatives de suicide et homosexualité : revue de la littérature

Charbonnier E ¹ & Graziani P ²

Résumé :

Les études menées dans le monde entier illustrent la prévalence des conduites suicidaires chez les jeunes homosexuels. Cependant, les taux varient selon les recherches, en partie en fonction de la définition qui est donnée à l'homosexualité. Communément, elle se définit par trois dimensions, le fait de se définir homosexuel, d'avoir des relations sexuelles avec une personne de même sexe et d'établir des relations affectives avec une personne de même sexe. Les jeunes se définissant homosexuels réalisent plus de tentatives de suicides que ceux qui se définissent hétérosexuels. Par contre, les jeunes se définissant hétérosexuels mais ayant des comportements ou des relations avec des personnes du même sexe ne réalisent pas plus de tentatives de suicide que ceux qui sont « exclusivement » hétérosexuels. Ces résultats illustrent la complexité de définir l'homosexualité et la fréquence des conduites suicidaires chez ces jeunes. Afin de mieux comprendre les tentatives de suicide chez les jeunes homosexuels, deux concepts ont été privilégiés dans cet article : l'homophobie et le coming-out (l'annonce de son homosexualité). Les conduites suicidaires des homosexuels sont fréquemment mises en lien avec l'homophobie sociale, l'homophobie intériorisée mais aussi l'homophobie familiale. De plus, l'annonce de son homosexualité est une expérience stressante qui suscite souvent des réactions de rejet et peut conduire ces jeunes à réaliser des tentatives de suicide. Nous concluons notre réflexion en abordant les différentes prises en charge qui peuvent être proposées aux jeunes homosexuels, notamment afin de prévenir leurs conduites suicidaires.

Mots clés : Tentatives de suicide, homosexualité, coming-out, homophobie

¹ Psychologue clinicienne, doctorante en psychologie Clinique et psychopathologie, Université de Provence Aix-marseille I, Laboratoire de Psychologie de la Santé

Adresse de correspondance : charbonnier.elodie@gmail.com

² Professeur en psychologie Clinique et psychopathologie, Université de Nîmes, Laboratoire de Psychologie de la Santé

Suicide attempt and homosexuality: Literature review

Abstract :

All over world studies illustrate the prevalence of suicidal conduits in homosexual young people. However, the rates vary according to studies, partly due to the homosexuality's definition. Commonly, it is defined by three dimensions, the fact to describe as homosexual, to have sexual relationships with a person of the same sex and to establish emotional relations with a person of the same sex. Young people described as homosexual have a suicidal risk higher than heterosexuals. On the other hand, young people defined as heterosexuals but having behaviors or contacts with people of the same sex do not carry out more suicide attempts than young people who are "exclusively" heterosexuals. These results illustrate the complexity to define homosexuality and the frequency of suicidal conduits in this population. In order to better understand homosexual's suicide attempts, two concepts were privileged in this article: homophobia and coming-out (announcement of its homosexuality). Homosexual's suicidal conduits are frequently link with the social homophobia, the interiorized homophobia but also the family homophobia. Moreover, the announcement of its homosexuality is a stressing experiment which often causes reactions of rejection and can lead these young people to attempt suicide. We will conclude our reflection by an approach of the various accompaniments which can be proposed to the homosexual young people, in particular in order to prevent suicidal conduits.

Key words: Suicide attempt, homosexuality, coming-out, homophobia

1. Introduction : état des lieux

Longtemps considérée comme une pathologie, l'homosexualité sort des classifications psychiatriques en 1973. Elle réapparaît dans la révision du DSM II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sous le terme de « désordre de l'orientation sexuelle », qui correspond aux personnes perturbées par leur orientation sexuelle, en conflit avec celle-ci ou désirant la modifier. Dans le DSM III, une nouvelle classification voit le jour : « l'homosexualité ego-dystonique ». Suite à de nombreuses contestations, ce diagnostic est supprimé du DSM en 1984. A ce jour, l'homosexualité n'apparaît plus dans le manuel de psychiatrie sous quelque forme que ce soit.

Les homosexuels réalisent plus de tentatives de suicide que les hétérosexuels, et ceci dans le monde entier (Mathy, 2002). Le « Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide » (Gibson, 1989) a été le premier texte à faire part des liens existants entre l'homosexualité et les tentatives de suicide. Il démontre que les jeunes gais font 2 à 3 fois plus de tentatives de suicide que les jeunes hommes hétérosexuels. Par la suite, de nombreuses études ont confirmé le taux élevé de tentatives de suicide chez les gais mais aussi chez les lesbiennes et les bisexuels. Ils ont 2 à 7 fois plus de risque de réaliser une tentative de suicide que les hétérosexuels (Durant et al., 1998, Faulkner and Cranston, 1998, Garofalo et al., 1998, Garofalo et al., 1999, Remafedi, 2002).

Toutes les études rendent compte de la prévalence des conduites suicidaires chez ces jeunes. Cependant, les taux varient selon les recherches, notamment en fonction de la définition qui est donnée à l'homosexualité. L'homosexualité se caractérise par trois dimensions : se définir comme homosexuel, avoir des relations sexuelles avec une personne

de même sexe (comportement) et établir des relations affectives avec une personne de même sexe (affectif) (Saewyc et al., 2000). Peu d'études tiennent compte de ces trois aspects, se définissant en tant qu'homosexuel étant le critère le plus souvent retenu. Les jeunes se définissant homosexuels ont deux fois plus de risque de réaliser une tentative de suicide que ceux qui se définissent hétérosexuels (Russell and Joyner, 2001). Ces données sont confirmées par l'étude de Garofalo et al. (1999) qui démontre que les élèves d'écoles secondaires se disant homosexuels ou ne sachant pas déterminer leur orientation sexuelle sont 3 à 4 fois plus susceptibles de tenter de se suicider que les élèves se disant hétérosexuels.

Les jeunes se déclarant hétérosexuels mais ayant une attirance pour les personnes de même sexe ou des conduites sexuelles avec des personnes de même sexe ne réalisent pas plus de tentatives de suicide que ceux qui sont exclusivement hétérosexuels (Zhao et al., 2010). Ces résultats vont dans le sens de ceux obtenus par Bostwick et al. (2010) qui démontrent que les troubles anxieux et le risque suicidaire sont plus marqués chez les jeunes se définissant homosexuels que chez ceux qui ont des comportements ou une attirance pour des personnes du même sexe, tout en se définissant hétérosexuels. Se définir homosexuel c'est se définir différent, cette identification apparaît être liée au risque de réaliser une tentative de suicide, plus que le comportement ou les relations homosexuelles.

La proportion de tentatives de suicide chez les homosexuels est difficile à chiffrer avec exactitude en France. En 2005, le « Baromètre santé » de l'INPES (Jouvin et al., 2006) démontre que 7,5% des gais et bisexuels ont fait une tentative de suicide contre 2,5% pour les hétérosexuels. Aucune différence n'est mise en avant pour les femmes. Ces données contredisent l'étude menée par Lhomond et Saurel-Cubizolles (2003) qui atteste qu'en France, les femmes ayant des rapports homosexuels ont 2,5 fois plus de risque de réaliser une

tentative de suicide que les femmes « exclusivement » hétérosexuelles. Là encore, selon la définition qui va être donnée à l'homosexualité, les résultats vont diverger mais les conduites suicidaires en lien avec l'orientation sexuelle constituent malgré tout un réel problème de santé publique en France (Ministère De La Santé De La Jeunesse Et Des Sports, 2008).

2. Tentatives de suicide et homophobie

De nombreuses recherches ont corrélié le taux élevé de conduites suicidaires chez les homosexuels à la stigmatisation, aux préjugés et aux discriminations dont ils peuvent faire l'objet (Cochran et al., 2003, De Graaf et al., 2006, King et al., 2008, McCabe et al., 2010, Mays and Cochran, 2001).

- *L'homophobie*

Le terme anglais « homophobia » est un néologisme (Smith, 1971). L'homophobie se définit comme « *un préjugé et une ignorance qui consiste à croire en la suprématie de l'hétérosexualité* » (Borillo, 2001). Elle se caractérise par des insultes, de la violence ou toutes autres marques d'agressivité proférées contre les homosexuels en lien avec leur orientation sexuelle. Les discriminations que les homosexuels rencontrent sont essentiellement liées à leur orientation sexuelle, et peuvent avoir des conséquences négatives sur leur qualité de leur vie (Mays and Cochran, 2001), leur risque de toxicomanie, de dépression ou encore d'anxiété (Meyer, 2003).

Selon Mays et Cochran (2001), plus des trois quarts des lesbiennes, gais ou bisexuels déclarent avoir vécu des discriminations, dont la plupart étaient liées à leur homosexualité.

Elles sont omniprésentes dans le milieu scolaire, et prennent essentiellement la forme de propos homophobes (Chamberland et al., 2010). A contrario, la plupart des auteurs de propos homophobes sous estiment l'impact de leur discours, considérant leur propos comme des plaisanteries, et non des injures (Rey and Reed Gibson, 1998).

- ***L'homophobie intériorisée***

Borrillo (2001) distingue deux types d'homophobie, l'homophobie cognitive (ou sociale) et l'homophobie intériorisée. La première « *prétend maintenir la différence homo/hétéro (...) dans ce registre, nul ne rejette les homosexuels mais personne ne trouve choquant qu'ils ne jouissent pas des mêmes droits que les hétérosexuels* ». La seconde correspond à l'intériorisation des messages homophobes. Confrontés à un environnement tenant des propos négatifs sur l'homosexualité, certains homosexuels vont les intérioriser. L'homophobie intériorisée peut conduire ces jeunes à nier leur orientation sexuelle, à développer un fort sentiment de honte, de culpabilité (Morrow, 2004) ou encore à adopter une attitude haineuse encore plus exacerbée que celle de certains hétérosexuels. L'homophobie intériorisée peut être mise en lien avec la dépression (Herek et al., 1997, Igartua et al., 2003, Shidlo, 1994), la présence de troubles somatiques (Shidlo, 1987) et une faible estime de soi (Herek et al., 1997).

Selon Didier Eribon (1999), l'injure, notamment l'injure homophobe, fonctionnerait comme un « énoncé performatif ». Stigmatisés comme « différents », les homosexuels chercheraient à se positionner en fonction de l'image que les autres leur renvoient d'eux-mêmes. Ils peuvent alors intérioriser cette image, la contester ou la subvertir. La création de leur identité est donc liée à l'identité qui leur est assignée. Quatre scénarios peuvent être

observés dans les parcours des jeunes hommes homosexuels qui réalisent des tentatives de suicide (Dorais, 2001). Ces scénarios étant étroitement liés au positionnement que ces jeunes ont à l'égard de l'homophobie. Le « parfait garçon » tente d'adhérer aux exigences sociales, s'engageant dans des stratégies de « camouflages ». Le « caméléon » se construit par opposition à l'homosexualité. Il accepte l'homophobie, allant parfois jusqu'à adopter lui-même des attitudes et des propos homophobes. Le « pédé de service » est étiqueté comme homosexuel depuis son enfance. Il se situe dans une position « d'entre deux », il accepte en partie son homosexualité, mais aussi l'homophobie dirigée à son égard. Et enfin, le « rebelle » assume son homosexualité, et fait face à l'homophobie.

- L'homophobie parentale

L'homophobie se retrouve aussi au sein de la famille. Alors que la plupart des groupes minoritaires trouvent dans leur famille des ressources les protégeant de la stigmatisation, les jeunes homosexuels s'exposent fréquemment à des rejets familiaux. Selon le rapport 2009 de SOS Homophobie, les appels faisant état d'actes homophobes au sein de la famille ne cessent d'augmenter. 33% des homosexuels affirment avoir vécu des épisodes de rejets ou de violence de la part de leur famille, essentiellement de leurs parents, en raison de leur homosexualité (SOS Homophobie 2004). Cette homophobie familiale peut prendre différentes formes. Les insinuations ou les remarques désagréables sont les plus fréquentes (67% des cas), suivies des violences verbales et insultes (36% des cas). Pour 61% des sujets interrogés, ce rejet familial a eu des conséquences négatives sur leur vie : l'installation d'un mal être (49%), des difficultés à accepter son homosexualité (26%), une dépression (20%), ou encore à des tentatives de suicide (10%).

Le rejet parental est mis en lien avec les conduites suicidaires chez les jeunes homosexuels (D' Augelli et al., 2005, D' Augelli et al., 2001, Remafedi et al., 1991). La perception que les enfants et les adolescents ont d'eux-mêmes est étroitement liée à la manière dont leurs parents les perçoivent. Ainsi, l'acceptation ou le rejet des parents aura des conséquences sur la représentation que ces jeunes auront d'eux-mêmes (Rohner, 2004). Les jeunes dont les parents n'acceptent pas leur homosexualité ont significativement plus de risques d'avoir des idées suicidaires, de réaliser des tentatives de suicide, de consommer des substances illicites et d'avoir une maladie sexuellement transmissible (Ryan et al., 2009). Alors qu'un important soutien familial est un bon facteur de protection contre les risques suicidaires (Eisenberg and Resnick, 2006), son absence constitue un important prédicteur pour les tentatives de suicide (Safren and Heimberg, 1999).

3. Tentatives de suicide et coming-out

Le coming out (l'annonce de son homosexualité) est une étape importante. Cette annonce est souvent difficile et stressante (Iwasaki and Ristock, 2007, Willoughby et al., 2006) mais elle ne constitue pas forcément un stresser négatif (Iwasaki and Ristock, 2007). Le coming-out favorisant la construction de l'identité et l'épanouissement personnel (Coursaud, 2002, Julien, 2000). Mais ces jeunes sont dominés par la peur d'être rejetés. Leurs inquiétudes sont d'autant plus nombreuses lorsqu'ils vivent avec leurs parents, qu'ils dépendent d'eux financièrement, ou qu'ils appartiennent à une autre minorité (Savin-Williams and Esterberg, 2000). Ces appréhensions les conduisent à reculer cette annonce. Près de la moitié des jeunes homosexuels ayant entre 16 et 20 ans n'ont pas annoncé leur homosexualité à leurs parents (Schiltz, 1997).

Les réactions familiales suite au coming-out sont variées, 67% des homosexuels déclarent avoir rencontré des épisodes de rejet de la part de leur famille lors de leur coming-out. Ces rejets provenant essentiellement de leurs parents mais aussi de leur fratrie (Sos Homophobie 2004). Les homosexuels qui ont fait leur coming-out ont quatre fois plus de risque de tenter se suicider que ceux n'ayant pas divulgué leur homosexualité (D' Augelli et al., 1998). Le risque de passage à l'acte au moment de l'annonce est d'autant plus élevé que le coming-out est réalisé tôt, les plus jeunes n'ayant pas les ressources suffisantes pour faire face à un éventuel rejet (Remafedi et al., 1991).

4. La prise en charge des jeunes homosexuels

- *Le traitement de l'homosexualité : les thérapies de conversion*

L'homosexualité a longtemps été considérée comme une maladie dont il fallait guérir. Les thérapies de conversion ont été développées dans cette optique. Elles constituent un ensemble de techniques thérapeutiques visant à effectuer un changement dans la préférence sexuelle d'un individu, de l'homosexualité vers l'hétérosexualité (Throckmorton, 1998). Apparues aux États-Unis à la fin du 19^{ème} siècle, de nombreuses techniques de conversion comportementales se développent au cours du 20^{ème} siècle telles que le repos, les visites chez les prostituées ou le mariage (Murphy, 1992). Les techniques aversives utilisées dans les années 30 (électrochocs, l'inhalation de substances répulsives associés à des images homosexuelles) (Jordan and Deluty, 1995) laissent place dans les années 60 à des méthodes moins intrusives (isolement avec une personne de sexe opposé, désensibilisation ...). Dans les années 90, les « thérapies réparatives » (Nicolosi, 1997) issues du courant psychanalytique apparaissent et visent à renforcer les rôles sexuels masculins traditionnels chez les gais et encouragent le patient à s'identifier à une figure masculine.

Fortier et Julien (2003) font diverses critiques à l'égard des thérapies de conversion. Ces prises en charge constituent un traitement à une condition qui n'est pas une maladie et posent donc un problème éthique. De plus, des recherches (Haldeman, 1999, Liddle, 1996, Stein, 1996) ont démontré que ces thérapies pouvaient avoir des conséquences négatives sur les homosexuels et que ces traitements renforceraient les préjugés homophobes, prônant l'hétérosexualité et l'anormalité de l'homosexualité.

- *L'accompagnement des jeunes homosexuels*

Au cours du 21^{ème} siècle l'objectif des prises en charge n'a plus été de « traiter » l'homosexualité, mais d'accompagner les homosexuels dans les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. L'Association Américaine de Psychologie (2000) a publié un guide de recommandations pour la psychothérapie auprès des patients gais, lesbiennes et bisexuels. Ils ont mis en avant la nécessité que le thérapeute réfléchisse à ses propres croyances et préjugés envers l'homosexualité et la bisexualité, les prises en charge pouvant être gravement affectées par les attitudes négatives, implicites ou explicites du thérapeute. Ils appuient la nécessité de s'informer sur les difficultés particulières que les homosexuels rencontrent de part leur appartenance à une minorité sexuelle. Dans la prise en charge, ils préconisent d'accorder une attention particulière aux relations que le sujet entretient avec sa famille et aux conséquences de la stigmatisation dont il peut faire l'objet.

Selon Morrow (2004) le travail avec les jeunes homosexuels doit s'appuyer sur la manière dont ils perçoivent leur homosexualité et la construction de leur identité homosexuelle. Leur coming-out est aussi un axe à privilégier. Au vu des fréquentes tentatives

de suicide réalisées au moment du coming-out, le thérapeute se doit d'aider ces jeunes à explorer les opportunités et les conséquences de cette annonce. Il préconise également l'information en ce qui concerne l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

Pour Meyer (2008) les différentes sources de stress présentes dans l'environnement social des homosexuels doivent être questionnées, et un environnement social favorable doit être créé, afin de réduire les violences et les discriminations dans ces jeunes peuvent faire l'objet. Il préconise de centrer les interventions cliniques sur l'homophobie, et notamment l'homophobie intériorisée.

5. Conclusion

La compréhension des tentatives de suicide chez les jeunes homosexuels est complexe, l'accompagnement de ces jeunes l'est tout autant. Au-delà des problématiques et difficultés propres à l'adolescence, les jeunes homosexuels se confrontent à des stress spécifiques que les hétérosexuels ne rencontrent pas, tel que l'annonce de leur homosexualité. Souvent désarmés lors de leur coming-out, le thérapeute se doit de les accompagner dans cette démarche. L'appartenance à une minorité sexuelle implique de ne pas être dans la norme représentée par l'hétérosexualité. Cette appartenance expose les homosexuels à de nombreux rejets. Les propos ou actes homophobes peuvent conduire certains jeunes à intérioriser les messages négatifs dont ils font l'objet et à développer un fort sentiment de honte et culpabilité. L'homophobie sociale mais aussi l'homophobie intériorisée et l'homophobie familiale sont donc des axes à privilégier afin de prévenir les conduites suicidaires de ces jeunes. Mais pour que cet accompagnement soit possible, il est indispensable que les thérapeutes réfléchissent à leurs propres préjugés et croyances vis-à-vis de l'homosexualité.

6. Références

- American Psychological Association (2000). Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. Washington, DC, American Psychological Association.
- Borillo D (2001). *L'Homophobie*. PUF, Paris.
- Bostwick WB, Boyd CJ, Hughes TL & McCabe SE (2010). Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *American Journal of Public Health*, 100, 468-75.
- Cochran SD, Mays VM & Sullivan JG (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, 53-61.
- Coursaud J-B (2002). *L'homosexualité entre préjugés et réalités*. Essentiels, Toulouse.
- D'Augelli AR, Grossman AH, Salter NP, Vasey JJ, Starks MT & Sinclair KO (2005). Predicting the suicide attempts of lesbian, gay, and bisexual youth. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35, 646-60.
- D'Augelli AR, Hershberger SL & Pilkington NW (1998). Lesbian, gay, and bisexual youth and their families: disclosure of sexual orientation and its consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 361-75.
- D'Augelli AR, Hershberger SL & Pilkington NW (2001). Suicidality patterns and sexual orientation-related factors among lesbian, gay, and bisexual youths. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31, 250-64.
- de Graaf R, Sandfort TG & ten Have M (2006). Suicidality and sexual orientation: differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 253-62.
- Dorais M (2001). *Mort ou vif. La face cache du suicide chez les garçons*. VLB éditeur, Montréal.
- DuRant RH, Krowchuk DP & Sinal SH (1998). Victimization, use of violence, and drug use at school among male adolescents who engage in same-sex sexual behavior. *Journal of Pediatrics*, 133, 113-8.
- Eisenberg ME & Resnick MD (2006). Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: the role of protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 39, 662-8.
- Eribon D (1999). *Réflexion sur la question gay*. Fayard, Paris.
- Faulkner AH & Cranston K (1998). Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *American Journal of Public Health*, 88, 262-6.

Fortier C & Julien D (2003). Les psychothérapies de conversion pour les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles : enjeux éthiques et déontologiques. *Canadian Psychology*, 44, 332-350.

Garofalo R, Wolf RC, Kessel S, Palfrey SJ & DuRant RH (1998). The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, 101, 895-902.

Garofalo R, Wolf RC, Wissow LS, Woods ER & Goodman E (1999). Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 487-93.

Gibson P (1989). Gay male and lesbian youth suicide. In: *Report to the Secretary's Task Force on Youth Suicide*. (ed. M.R. Feinleib), p. 110-142. Rockville, US Department of Health and Human Services.

Haldeman DC (1999). The pseudo-science of sexual orientation conversion therapy. *Angles: The Policy Journal of the Institute for Gay and Lesbian Strategic Studies*, 4, 1-4.

Herek GM, Gillis JR, Cogan JC & Glunt EK (1997). Hate crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 195-215.

Igartua KJ, Gill K & Montoro R (2003). Internalized homophobia: a factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Canadian Journal of Community of Mental Health*, 22, 15-30.

Iwasaki Y & Ristock JL (2007). The nature of stress experienced by lesbians and gay men. *Anxiety Stress Coping*, 20, 299-319.

Jordan KM & Deluty RH (1995). Clinical interventions by psychologists with lesbians and gay men. *J Clinical Psychology*, 51, 448-56.

Jouvin E, Beaulieu-Prévost D & Julien D (2006). Minorités sexuelles : des populations plus exposées que les autres ? In: *Baromètre Santé 2005*. (ed. F. Beck, P. Guilbert & A. Gautier), p. 355-67. Paris, INPES.

Julien D (2000). Famille d'origine et homosexualité. In: *Comprendre la famille : actes du 5e symposium québécois de recherche sur la famille*. (ed. M. Simard & J. Alary), p. 210-22. Québec, Presse Universitaire du Québec.

King M, Semlyen J, Tai SS, 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.

Lhomond B & Saurel-Cubizolles M-J (2003). Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé. Résultats de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. In: *Homosexualités au temps du sida*. (ed. C. Broqua, F. Lert & Y. Souteyrand), p. 107-130. Paris, ANRS.

- Liddle BJ (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings of helpfulness by gay and lesbian clients. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 394-401.
- Mathy RM (2002). Suicidality and sexual orientation in five continents: Asia, Australia, Europe, North America, and South America. *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, 7, 215–225.
- Mays VM & Cochran SD (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91, 1869-76.
- McCabe SE, Bostwick WB, Hughes TL, West BT & Boyd CJ (2010). The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 100, 1946-52.
- Meyer IH (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Meyer IH, Dietrich J & Schwartz S (2008). Lifetime prevalence of mental disorders and suicide attempts in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, 98, 1004-6.
- Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports (2008). Plan santé des jeunes. Dossier de presse, Paris.
- Morrow DF (2004). Social work practice with gay, lesbian, bisexual, and transgender adolescents. *Families in Society*, 85, 91-99.
- Murphy TF (1992). Freud and sexual reorientation therapy. *Journal of Homosexuality*, 23, 21-38.
- Nicolosi J (1997). *Reparative Therapy of Male Homosexuality: A New Clinical Approach*. Jason Aronson Inc, New York.
- Remafedi G (2002). Suicidality in a venue-based sample of young men who have sex with men. *Journal of Adolescent Health*, 31, 305-10.
- Remafedi G, Farrow JA & Deisher RW (1991). Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics*, 87, 869-75.
- Rey AM & Reed Gibson P (1998). Beyond High school heterosexuals' self reported onto gay/lesbian behaviors and attitudes. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 7, 65–84.
- Rohner RP (2004). The parental "acceptance-rejection syndrome": universal correlates of perceived rejection. *American Psychologist*, 59, 830-40.
- Russell ST & Joyner K (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91, 1276-81.

Ryan C, Huebner D, Diaz RM & Sanchez J (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123, 346-52.

Saewyc EM, Singh N, Reis E & Flynn T (2000). The intersections of racial, gender and orientation harassment in school and health risk behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 26, 148.

Safren SA & Heimberg RG (1999). Depression, hopelessness, suicidality, and related factors in sexual minority and heterosexual adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 859-66.

Savin-Williams RC & Esterberg KG (2000). Lesbian, gay, and bisexual families. In: *Handbook of family diversity* (ed. D.H. Demo, K.R. Allen & M.A. Fine), p. 197-215. Oxford University Press, New York.

Schiltz MA (1997). Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : La conquête de modes de vie. *Population*. INED, Paris.

Shidlo A (1987). Homonegativity and gay enmeshment: An investigation of adjustment in gay males. *Paper presented at the 95th Annual Convention of the American Psychological Association*. New York.

Shidlo A (1994). Internalized homophobia: Conceptual and empirical issues in measurement. In: *Lesbian and gay psychology: Theory, research, and clinical applications*. (ed. B. Greene & G.M. Herek), p. 176–205. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

Smith KT (1971). Homophobia: a tentative personality profile. *Psychol Rep*, 29, 1091-4.

SOS Homophobie (2004). Rapport 2004 sur l'homophobie. SOS Homophobie, Paris.

SOS Homophobie (2009). Rapport 2009 sur l'homophobie. SOS Homophobie, Paris.

Stein TS (1996). A critique of approaches to changing sexual orientation. In: *Textbook of homosexuality and mental health* (ed. R.P. Cabaj & T.S. Stein). American Psychiatric Press, Washington, DC.

Throckmorton W (1998). Efforts to modify sexual orientation: A review of outcome literature and ethical issues. *Journal of Mental Health Counseling*, 20, 282-304.

Willoughby BLB, Malika NM & Lindahl KM (2006). Parental Reactions to Their Sons' Sexual Orientation Disclosures: The Roles of Family Cohesion, Adaptability, and Parenting Style. *Psychology of Men and Masculinity*, 7, 14-26

Zhao Y, Montoro R, Igartua K & Thombs BD (2010). Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting "unsure" sexual identity or heterosexual identity plus same-sex attraction or behavior: forgotten groups? *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 49, 104-13.

Conflit d'intérêt : article ayant fait l'objet d'une communication orale lors du congrès 2010 du GEPS

Remerciements : Cette recherche bénéficie du soutien du Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide (GEPS) et de la Fondation Pfizer pour la santé de l'enfant et de l'adolescent.