

[4] Huey M P, McNulty T L. Institutional Conditions and Prison Suicide: Conditional Effects of Deprivation and Overcrowding. *The Prison Journal*. 2005;85(4):490-514.

[5] Lieblich A. Suicides in young prisoners: A summary. *Death Studies*. 1993;17(5):381-407.

[6] Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: A systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(11):1721-31.

[7] Bourgoin N. Le suicide en milieu carcéral. *Population*. 1993;48(3):609-25.

[8] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jouglu E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. *Bull Epidémiol Hebd*. 2011;(47-48):497-500.

[9] Chesnais J-C. Le suicide dans les prisons. *Population*. 1976;1:73-84.

[10] Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(3):191-5.

[11] Fazel S, Benning R, Danesh J. Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978-2003. *Lancet*. 2005;366:1301-2.

[12] Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan-Ké-Shon J-L. Suicides en prison en France. Évolution depuis 50 ans et facteurs de risque. *In* : Le suicide en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation. *Collection Travaux et Documents*. Paris : DAP; 2010. n° 78, p. 41-64.

[13] Fruehwald S, Frottier P, Ritter K, Eher R, Gutierrez K. Impact of overcrowding and legislative change on the incidence of suicide in custody experiences in Austria, 1967-1996. *Int J Law Psychiatry*. 2002;25(2):119-28.

[14] Delarre S. Sur le réécrou : d'un usage du fichier national des détenus. 20 000 anciens écroués observés sur une période de trois ans. *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*. Paris : DAP ministère de la Justice; 2010. n° 34.

[15] Kensey A, Cassan F, Toulemon L. La prison : un risque plus fort pour les classes populaires, *Cahiers de démographie pénitentiaire*. Paris : DAP, ministère de la Justice; 2000. n° 9.

[16] Coldefy M. (coord.). La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques. Paris: La Documentation Française (coll. Études et Statistiques); 2008. 314 p.

[17] Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Études et Résultats, DREES*; 2005. n° 386.

[18] Coldefy M, Faure P, Prieto N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus. *Études et Résultats, Drees* ; 2002. n° 181.

[19] Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaupaire C, Fagnani F, *et al*. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 2006;21(6):33.

[20] Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet*. 2011;377:956-65.

[21] Ashraf H. Suicides in UK prisons increase in the past 10 years. *Lancet*. 1999;354:404.

[22] Mucchielli L. Les caractéristiques démographiques et sociales des meurtriers et de leurs victimes. Une enquête sur un département de la région parisienne dans les années 1990. *Population*. 2004;59(2):203-32.

Les minorités sexuelles face au risque suicidaire en France

Jean-Marie Firdion (jean-marie.firdion@wanadoo.fr)¹, François Beck², Marie-Ange Schiltz³

1/ Équipe de recherche sur les inégalités sociales, Centre Maurice Halbwachs, Paris, France

2/ Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Saint-Denis, France ; Cermes3 - Équipe Cesames (Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société), Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité/CNRS UMR 8211/Inserm U988/EHESS), Paris, France

3/ CNRS ; École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris, France

Résumé/Abstract

Depuis les années 1990, de nombreuses études se sont penchées sur le risque suicidaire des minorités sexuelles, aboutissant à des estimations de risque majoré. Les résultats obtenus en France confirment les observations relevées dans la littérature internationale. L'hypothèse de l'homophobie comme facteur de risque du comportement suicidaire est la plus solide pour expliquer la prévalence plus élevée de tentatives de suicide dans les populations homosexuelle et bisexuelle. Les phénomènes d'exclusion, de mépris et de stigmatisation peuvent en effet conduire à une perte d'estime de soi, de confiance dans l'avenir et dans les autres. Des stratégies de prévention spécifiques sont à mettre en œuvre ou à renforcer, notamment en direction des jeunes, pour lutter contre des phénomènes de bouc émissaire et de mal-être social.

Sexual minorities facing suicidal risks in France

Since the 1990s, many studies have estimated a higher risk for suicidal behavior among sexual minorities than among heterosexual people. The first results in France confirm those found in the international literature. Homophobia as a risk factor for suicidal behavior is the strongest hypothesis explaining the high suicide attempt prevalence among gay, lesbian and bisexual people. Exclusion, disregard, stigmatization, can produce a loss of self-esteem, lower confidence in the future and towards others. Specific prevention strategies have to be implemented or reinforced, especially among young people, to fight scapegoat phenomenon and social exclusion.

Mots clés / Key words

Suicide, épidémiologie, facteurs psychosociaux, identité sexuelle, homosexualité, non-conformité de genre / Suicide, epidemiology, psychosocial factors, sexual identity, homosexuality, gender non-conforming

Introduction

Depuis une vingtaine d'années, le lien entre comportement suicidaire et orientation sexuelle a été pris en compte dans certaines recherches portant sur les discriminations et la santé publique, ainsi que dans des dispositifs de prévention des conduites suicidaires. Les personnes se définissant comme homosexuelles et bisexuelles, ou ayant des comportements homosexuels, semblent en effet davantage touchées par le risque de suicide. Le harcèlement et la discrimination, dont ces minorités sexuelles habituellement définies comme lesbiennes, gays, bisexuel(le)s, transgenre (LGBT) sont souvent victimes, pourraient aggraver les causes habituelles de comportement suicidaire (maladie grave ou invalidante, événement traumatique, perte affective, situation de stress économique, consommation de produit psychoactif, etc.) ou s'y substituer et expliquer le risque accru de comportement suicidaire observé.

Après les vives polémiques qui ont suivi la publication du rapport de la *Task Force on Youth Suicide* aux États-Unis en 1989, dans lequel un risque accru face au suicide des jeunes gays et lesbiennes était affirmé, des investigations s'appuyant sur des enquêtes scientifiquement solides ont été menées pour mettre à l'épreuve ces résultats [1]. Certaines de ces enquêtes ont porté sur un échantillon probabiliste en population générale [2-6], d'autres sur un échantillon de jumeaux discordants en termes d'orientation sexuelle [7], ou sur un échantillon de jeunes LGBT avec échantillon de contrôle apparié [8]. Ces études nord-américaines, conduites à la fin des années 1990, ont permis d'estimer le lien existant entre l'appartenance à une minorité sexuelle et les tentatives de suicide (TS) au cours de la vie. Les homo/bisexuels masculins présentaient de 2 à 7 fois plus de risque suicidaire que les hommes hétérosexuels exclusifs. Les femmes homo/bisexuelles présentaient

de 1,4 à 1,8 fois plus de risque de suicide que les femmes hétérosexuelles. Les variations, parmi ces estimations, provenaient notamment du champ considéré (tranche d'âges...), de la définition des minorités sexuelles (identité sexuelle, orientation sexuelle, comportements sexuels) ainsi que de la couverture géographique des études.

À la suite de ces premiers travaux nord-américains, des recherches ont été menées dans différents contextes nationaux allant de l'Angleterre à l'Île de Guam, et des Pays-Bas à la Turquie. Des recherches ont été également conduites en France, dont nous présentons ici les principaux résultats [9].

Les comportements suicidaires en France

La France se classe parmi les pays européens à forte mortalité par suicide. Au cours des années récentes (1998-2008), les taux standardisés de

décès par suicide sont restés relativement stables, proches de 15 pour 100 000 habitants. Malgré les progrès de l'intervention médicale d'urgence et des actions de prévention, le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm) a enregistré 10 353 décès en 2008. L'enquête Baromètre santé de l'Inpes a estimé la prévalence des TS au cours de la vie à 7,6% pour les femmes et 3,2% pour les hommes en 2010 [10].

L'orientation sexuelle comme élément à prendre en compte dans le mal-être social

Parmi les jeunes, la découverte d'une orientation homosexuelle ou bisexuelle, la réalisation de comportements homosexuels ou une interrogation sur l'orientation sexuelle peuvent être vécues comme une épreuve, comme une source d'angoisse et de honte et contribuer, de ce fait, à un état dépressif, à une dévalorisation de soi, voire au passage à l'acte suicidaire si cette souffrance devient intolérable [11-13].

La question du risque accru de comportement suicidaire parmi les minorités sexuelles a été posée très tôt, mais elle est restée en France longtemps sans réponse valide par défaut d'étude scientifique sur échantillon représentatif. Les premiers résultats disponibles, issus de l'enquête sur les violences envers les femmes [14] et du Baromètre santé 2005 [9], ont confirmé les observations faites à l'étranger. La prévalence de TS au cours de la vie a été estimée à 10,8% pour les femmes homosexuelles et à 10,2% pour les femmes bisexuelles, contre 4,9% pour les hétérosexuelles. Dans le cas des hommes, les estimations étaient de 12,5% pour les homosexuels et 10,1% pour les bisexuels, contre 2,8% pour les hétérosexuels [9]. Les femmes (âgées de 20 à 59 ans) ayant eu des rapports homosexuels avaient 2,5 fois plus de risque d'avoir fait une TS au cours de la vie que les femmes exclusivement hétérosexuelles ; les femmes hétérosexuelles se déclarant attirées par les femmes avaient 1,7 fois plus de risque que les femmes exclusivement hétérosexuelles (à classe d'âge, niveau d'études, statut matrimonial, taille d'agglomération, violences subies, consommation de drogue égaux) [15]. Les hommes homosexuels (âgés de 18 à 30 ans) avaient 1,8 fois plus de risque d'avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois et les hommes bisexuels 2,9 fois plus de risque que les hommes exclusivement hétérosexuels (à diplôme, classe d'âge, occupation, adversité durant l'enfance, consommation de drogue, épisode dépressif majeur égaux) [16].

Deux facteurs de risque : l'homophobie et la non-conformité de genre

Au regard de la vulnérabilité accrue des minorités sexuelles face aux comportements suicidaires, trois hypothèses majeures ont été émises, dont certaines ont été par la suite réfutées :

- les personnes présentant des troubles mentaux seraient davantage susceptibles de présenter un « trouble » d'identité sexuelle et donc une orientation homo/bisexuelle ;
- le style de vie des homo/bisexuels (vie nocturne, alcool, etc.) les pousserait à vivre davantage des situations de stress, ce qui les conduirait

à commettre des TS, indépendamment de leur orientation sexuelle ;

- les discriminations et la stigmatisation dont sont victimes les homo/bisexuels seraient les principaux facteurs favorisant le risque de TS.

Selon des travaux américains, l'hypothèse de l'homophobie comme facteur de risque de comportement suicidaire est la plus solide pour comprendre le risque accru de comportement suicidaire observé dans la population homo/bisexuelle. Des enquêtes longitudinales ont permis d'estimer l'impact, sur des étudiants, d'une campagne de sensibilisation sur l'homosexualité et de groupes de soutien aux jeunes LGBT ; les auteurs ont noté une diminution des TS et de violence subie [17;18]. D'autres travaux ont étudié les différentiels de TS au sein des minorités sexuelles selon le sexe, l'âge et l'orientation sexuelle [19-22]. Enfin, des études ont comparé les comportements de lesbiennes, gays et bisexuels avec des membres de leur fratrie [23;24]. Certaines études ont pris spécifiquement en compte l'effet des troubles mentaux de façon à estimer l'effet de l'orientation sexuelle à état mental identique [25;26]. Les phénomènes d'exclusion, de mépris et de stigmatisation peuvent en effet conduire à une perte d'estime de soi et à une perte de confiance dans l'avenir et les autres. En revanche, les hypothèses présentant l'homosexualité comme facteur favorisant en soi les conduites suicidaires ont été invalidées par ces recherches, comme cela a été également montré dans d'autres inventaires parus récemment en français [27;28].

Un coût psychique et physique élevé

Le fait d'appartenir à une minorité sexuelle, et donc de se trouver confronté à une homophobie avérée, peut conduire à une grande détresse, surtout aux âges jeunes, ce qui favorise les symptômes suicidaires. Les stéréotypes homophobes alimentent « une conception hiérarchisée et sexiste de la sexualité » [11]. Ils s'opposent à « la confusion des genres » et contribuent ainsi à définir et à maintenir les frontières sexuelles (hétéro/homo) et de genre (masculin/féminin). Tout stéréotype a pour fonction de fournir à un individu des référents qui déterminent sa situation dans la société et le rassurent sur sa place et son rôle, notamment en désignant l'anormal (cet autre qui se positionne en marge de la société) et le normal (qui n'est autre que soi, renvoyant à l'entre-soi) [11].

Chez le garçon, la construction de la masculinité à l'adolescence s'appuie particulièrement sur le rejet du féminin en soi et chez les autres. Or, le stéréotype de l'homosexualité masculine, marqué par un manque de masculinité et un « trop plein » de féminité, expose le jeune gay ou bisexuel au risque de subir l'humiliation d'être rejeté par son groupe de pairs pour cause de confusion des genres [29]. Ce phénomène touche beaucoup de jeunes gens, au-delà des minorités sexuelles, qui craignent d'être mis en défaut de masculinité en dépit de leur orientation hétérosexuelle. Pour les filles homosexuelles, il est difficile d'évaluer si leur moindre visibilité dans les recherches et la vie quotidienne traduit une meilleure acceptation de l'homosexualité féminine (qui poserait moins question), ou tout simplement un manque de travaux de la part des chercheurs (qui publieraient

moins sur cet objet de recherche). En population générale, les temps sociaux et biologiques des femmes et des hommes sont différents, et les études conduites auprès des minorités sexuelles confirment que le développement de leur identité se produit avec des étapes de nature et de temporalité différentes selon le sexe et l'orientation sexuelle. De nos jours, même si le rôle social de la femme a évolué et intègre maintenant une carrière professionnelle, il se construit encore largement autour de la maternité, dans le contexte familial d'une relation de couple monogame hétérosexuel. C'est donc peut-être à l'âge de la constitution d'une famille (lorsqu'il s'agit de devenir épouse et mère), mais aussi plus tard (alors que ce « manquement » perdure) que la femme célibataire, sans enfant et donc éloignée des stéréotypes de genre, risque le plus d'être confrontée au sentiment de mal-être.

Malgré une meilleure acceptation des gays et des lesbiennes par leur entourage [30] et une progression de leurs droits, les personnes sexuellement attirées par des personnes de même sexe restent surexposées à des agressions physiques mais, bien plus encore, aux agressions plus insidieuses que sont les mots blessants, les sentiments d'incomplétude¹ sociale et familiale, les soupçons d'imaturité affective, etc. [31]. Par rapport à d'autres types de discriminations, le contexte de l'homophobie se caractérise, d'une part, par la faiblesse du soutien de la famille et la faible intervention des adultes avec qui ils sont en contact, par crainte de « contagion » du stigmate ou du fait de préjugés homophobes [29]. D'autre part, les préjugés qui peuvent toucher tout(e) jeune soupçonné(e) de faire partie d'une minorité sexuelle se révèlent particulièrement précoces [32]. Les témoignages soulignent que les périodes du collège et du lycée se révèlent fort éprouvantes [33;34] du fait d'actes homophobes commis par les élèves, mais aussi de propos vexants ou injurieux de la part d'enseignants ou de leur indifférence devant les agressions homophobes. Et la famille n'est pas toujours un refuge, les jeunes des minorités sexuelles ayant un risque plus élevé que les jeunes hétérosexuels d'y subir de mauvais traitements.

Des pistes pour la prévention

En France, de nombreuses initiatives locales de prévention de l'homophobie et du risque suicidaire existent mais elles demeurent largement méconnues. Faire un état des lieux des actions et des ressources dans chaque région serait une première étape utile, qui pourrait être prolongée par l'élaboration d'un référentiel de formation, d'outils pédagogiques, de protocoles d'évaluation, etc. Pour revenir à l'existant, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a récemment publié, à destination des professionnels encadrant les 11-18 ans, un outil d'intervention contre l'homophobie. Il comporte un DVD présentant les cinq courts-métrages lauréats d'un concours organisé par l'Inpes en 2008, ainsi qu'un livret d'accompagnement précisant comment les utiliser pour amorcer dialogue et réflexion.

¹ Le terme « incomplétude » est entendu ici comme un sentiment d'inachèvement ou d'insuffisance (éprouvé par rapport à des actes, des pensées, des émotions).

Ce document est accessible en format papier ou en ligne².

Il est également important de sensibiliser les professionnels de tous horizons (des champs éducatif, sanitaire, social, judiciaire et pénitentiaire) aux questions de discriminations en y incluant l'homophobie. La prise en compte des discriminations à l'encontre des minorités sexuelles dans le cadre plus large des discriminations (en particulier du sexisme) présente l'avantage d'éviter de constituer l'homosexualité comme un problème en soi, et permet de désigner l'homophobie comme un problème qui porte préjudice au bon développement des jeunes en général.

Une autre piste concerne l'alerte et la prise en charge des jeunes en détresse. Les intervenants sanitaires et sociaux en milieu scolaire sont en première ligne pour y répondre, à condition de voir leur présence renforcée et leur mode d'intervention facilitée. Sur ce dernier point, une piste intéressante serait de développer des postes de psychologue clinicien en milieu scolaire ; ces professionnels pourvus d'une compétence de clinicien (ce qui les distinguerait des psychologues scolaires) auraient des missions dirigées particulièrement vers l'écoute et le soutien aux élèves en détresse.

Il semble enfin primordial d'améliorer les connaissances sur ces phénomènes, en menant des recherches qui intègrent plus nettement ces thématiques en amont de la conception des enquêtes, en prenant en compte l'hétérogénéité des personnes regroupées sous l'appellation « minorités sexuelles » et en particulier le genre [35]. Il conviendrait, par exemple, d'analyser l'effet du *coming-out* sur le risque suicidaire, selon la temporalité, le sexe et l'orientation sexuelle et d'explorer les effets de l'homophobie intériorisée ainsi que du phénomène de bouc-émissaire selon les trois variables précédentes.

Références

- [1] Remafedi G. Sexual orientation and youth suicide. *JAMA*. 1999;282(13):1291-2.
- [2] Cochran SD, Mays VM. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. *Am J of Public Health*. 2000;90(4):573-8.
- [3] Faulkner AH, Cranston K. Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of

² Outil d'intervention contre l'homophobie : Jeune et homo sous le regard des autres – Livret d'accompagnement des courts métrages de lutte contre l'homophobie. Saint-Denis : Inpes, 2010 : 60 p. Document édité en version papier et électronique. Fourni en version papier avec un DVD rassemblant cinq courts métrages de lutte contre l'homophobie. Disponible à : <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-education/outils/jeune-et-homo/index.asp> Complété par un autre document : Recueil des 30 meilleurs scénarios du concours « Jeune et homo sous le regard des autres », Saint-Denis : Inpes, 2010 : 132 p. Disponible à : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1274.pdf>

Massachusetts high school students. *Am J Public Health*. 1998;88(2):262-6.

[4] Garofalo R, Wolf RC, Wissow LS, Woods ER, Goodman E. Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(5):487-93.

[5] Gilman S, Cochran SD, Mays V, Hughes M, Ostrow D, Kessler RC. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health*. 2001;91(6):933-9.

[6] Russell ST, Joyner K. Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *Am J Public Health*. 2001;91(8):1276-81.

[7] Herrell R, Goldberg J, True WR, Ramakrishnan V, Lyons M, Eisen S, et al. Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(10):867-74.

[8] Remafedi G, French S, Story M, Resnick MD, Blum R. The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *Am J Public Health*. 1998;88(1):57-60.

[9] Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et perspectives. Saint-Denis : Inpes (coll. Santé en action); 2010. 110 p. Disponible à : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1291.pdf>

[10] Beck F, Guignard R, Du Roscoët E, Saias T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bull Epidémiol Hebd*. 2011;(47-48):489-YY.

[11] Tamagne F. Genre et homosexualité : de l'influence des stéréotypes homophobes sur les représentations de l'homosexualité. Vingtième Siècle, revue d'histoire. 2002;(75):61-73.

[12] Fize M. L'homosexualité chez les 11-15 ans : regard du sociologue. *Adolescence*. 2001;19(1):313-8.

[13] Wexler LM, DiFluvio G, Burke TK. Resilience and marginalized youth: making a case for personal and collective meaning-taking as part of resilience research in public health. *Soc Sci Med*. 2009;69(4):565-70.

[14] Jaspard M, Brown E, Condon S, Firdion JM, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, et al. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. Paris : La Documentation Française; 2003. 374 p.

[15] Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ. Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé. In: Broqua Y, Lert F, Souteyrand Y. (dir). *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : ANRS (coll. Sciences sociales et sida);2003:107-30. Disponible à : <http://www.anrs.fr/Ressources-et-publications/Publications/Publications-ANRS/Homosexualites-au-temps-du-sida.-Tensions-sociales-et-identitaires>

[16] Legleye S, Beck F, Peretti-Watel P, Chau N, Firdion JM. Suicidal ideation among young French adults: association with occupation, family, sexual activity, personal background and drug use. *J Affect Disord*. 2010;123(1-3):108-15.

[17] Blake SM, Ledsky R, Lehman T, Goodenow C, Sawyer R, Hack T. Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *Am J Public Health*. 2001;91:940-6.

[18] Goodenow C, Szalacha L, Westheimer K. School support groups, other school factors, and the safety of

sexual minority adolescents. *Psychology in the Schools*. 2006;43(5):573-89.

[19] Grov C, Bimbi DS, Nanin JE, Parsons JT. Race, ethnicity, gender, and generational factors associated with the coming-out process among gay, lesbian, and bisexual individuals. *J Sex Res*. 2006;43(2):115-21.

[20] Russell ST. Sexual minority youth and suicide risk. *Am Behav Scientist*. 2003;46(9):1241-57.

[21] Saewyc EM, Bauer GR, Skay CL, Bearinger LH, Resnick MD, Reis E, et al. Measuring sexual orientation in adolescent health surveys: evaluation of eight school-based surveys. *J Adolesc Health*. 2004;35(4):345.e1-15.

[22] Tremblay P, Ramsay R. Orientations homosexuelles ou bisexuelles chez les jeunes présentant des problèmes suicidaires : recherche, problématique et propositions. *Revue Le Vis-à-Vie*. 2000;10(2).

[23] Balsam KF, Beauchaine TP, Mickey RM, Rothblum ED. Mental health of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings: effects of gender, sexual orientation, and family. *J Abnorm Psychol*. 2005;114(3):471-6.

[24] Balsam KF, Rothblum ED, Beauchaine TP. Victimization over the life span: a comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(3):477-87.

[25] Cochran SD, Mays VM, Sullivan JG. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(1):53-61.

[26] Sandfort TG, Bakker F, Schellevis FG, Vanwesenbeeck I. Sexual orientation and mental and physical health status: findings from a Dutch population survey. *Am J Public Health*. 2006;96(6):1119-25.

[27] Julien D, Chartrand E. Recension des études utilisant un échantillon probabiliste sur la santé des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles. *Can Psy*. 2005;46(4):235-50.

[28] Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ. Orientation sexuelle et santé mentale : une revue de littérature. *Rev épidémiol Santé Publique*. 2009;57(6):437-50.

[29] Verdier E, Firdion JM. Homosexualités et suicide. Les jeunes face à l'homophobie. Béziers : H&O Éditions (coll. Essais); 2003. 232 p.

[30] Schiltz MA. Parcours des jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête de modes de vie. *Population*. 1997;52(6):1485-1537.

[31] Tin LG. Introduction. In: Tin (Ed.). *Dictionnaire de l'homophobie*. Paris: Presses Universitaires de France. 2003:9-16.

[32] Bontempo DE, D'Augelli AR. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *J Adolesc Health*. 2002;30(5):364-74.

[33] Lhomond B. Attirances et pratiques homosexuelles. In : Lagrange & Lhomond (eds.) *L'entrée dans la sexualité*. Paris: Éditions La Découverte; 1997. pp.183-226.

[34] Savin-Williams RC, Diamond LM. Sexual identity trajectories among sexual-minority youths: gender comparisons. *Arch Sex Behav*. 2000;29(6):607-27.

[35] Halpern CT. Same-sex attraction and health disparities: do sexual minority youth really need something different for healthy development? *J Adolesc Health*. 2011;48:5-6.

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Laetitia Gouffé-Benadiba
Secrétaires de rédaction : Farida Mihoub, Annie Cholin
Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé ; Dr Juliette Bloch, CNSA ; Cécile Brouard, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS ; Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Anne Gallay, InVS ; Dr Bertrand Gagnière, Cire Ouest ; Anabelle Gilg Soit Ilg, InVS ; Dorothée Grange, ORS Île-de-France ; Philippe Guilbert, Inpes ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Eric Jougla, Inserm CépiDc ; Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Agnès Lefranc, InVS ; Dr Bruno Morel, ARS Rhône-Alpes ; Dr Valérie Schwoebel, Cire Midi-Pyrénées ; Hélène Therre, InVS.

Institut de veille sanitaire - Site Internet : <http://www.invs.sante.fr>
Imprimerie : Bialec, 95, boulevard d'Austrasie - 54000 Nancy
Préresse : Imprimerie Centrale, 15, rue du Commerce, L-1351 Luxembourg
Diffusion / Abonnements : Alternatives Économiques
12, rue du Cap Vert - 21800 Quétigny
Tél. : 03 80 48 95 36, Fax : 03 80 48 10 34
Courriel : ddorey@alternatives-economiques.fr

N° AIP : AIP0001392 - N° INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466