

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

CONDUITES SUICIDAIRES ANTÉRIEURES : COMPARAISON DES FACTEURS DE
RISQUE ET DE PROTECTION ENTRE UN GROUPE DE PERSONNES LESBIENNES,
GAIES ET BISEXUELLES ET UN GROUPE DE PERSONNES HÉTÉROSEXUELLES

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

MARIE-HÉLÈNE LÉTOURNEAU-PICARD

FÉVRIER 2016

À Dave

À mes parents

REMERCIEMENTS

Cet essai doctoral n'aurait pas pu se réaliser sans le soutien de quelques personnes, que je souhaite remercier du fond du cœur d'avoir été là pendant mon parcours universitaire.

Merci tout d'abord à mes deux directrices de recherche, Monique Séguin et Isabel Côté, de m'avoir encouragée, guidée et aidée dans toutes les étapes de ce projet, en plus de m'avoir offert un grand soutien pendant mes études doctorales. Je vous remercie d'avoir été aussi disponibles, d'avoir passé toutes ces heures à lire et relire cette étude. Merci de m'avoir incluse dans divers projets et conférences et de m'avoir fait confiance. Votre soutien fut bien plus que technique; votre écoute et vos conseils furent très précieux lors de ces dernières années. Je me sens privilégiée d'avoir travaillé en votre compagnie.

Je remercie également Isabelle Green-Demers, Guy Beauchamp et Alexa Martin-Storey, d'avoir accepté de faire partie du comité d'évaluation de cet essai doctoral et de m'avoir donné des rétroactions constructives et pertinentes. Merci grandement à Isabelle pour les nombreuses lettres de recommandation, sa disponibilité et ses encouragements envers ce projet dès le tout début, et merci à Guy pour tous ses conseils prodigués lors de cette étude.

De plus, je tiens à témoigner de ma sincère appréciation envers le Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés (RQSHA) et le groupe de recherche Sexualités et Genres : Vulnérabilité, Résilience (SVR), tous deux en collaboration avec le Fonds québécois de recherche Société et Culture (FRQSC), qui ont financièrement appuyé cet essai.

Je suis également très reconnaissante quant aux nombreux apprentissages que m'ont transmis Suzanne et Monique lors de mes études doctorales. Je vous remercie de croire en moi et de m'avoir encouragée à repousser mes zones de confort à de maintes reprises. Vous resterez pour moi des modèles auxquels j'aspire en tant que jeune psychologue.

Sur une note plus personnelle, je souhaite remercier spécialement trois personnes qui sont très importantes pour moi : mon fiancé, Dave, et mes parents, André et Danielle. Merci infiniment à Dave, qui m'a offert un soutien immesurable pendant ces dernières années de par sa générosité, sa patience et son écoute. Je te remercie de croire en mes habiletés, de m'avoir encouragée dans mes projets sans jamais les juger. Merci pour ces rires innombrables au fil des ans, et merci d'être toujours là pour moi.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers mes parents qui m'ont toujours aidée et encouragée dans mes études, et ce, sans jamais compter. Merci pour votre énorme générosité. Je vous remercie également pour les précieuses valeurs que vous m'avez transmises, telles que la persévérance, le respect, l'amour et l'importance de réaliser ses passions. Merci d'être aussi présent pour moi; je ne serais pas où je suis sans vous.

En terminant, je remercie tous mes amis et mes deux sœurs pour leur soutien, leur bonne humeur et leurs encouragements durant ces années d'études, ainsi que pour les nombreux moments passés ensemble. Merci de me garder une place dans vos vies et de m'avoir changé les idées lorsque j'en avais besoin.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES TABLEAUX	viii
RÉSUMÉ	ix
CHAPITRE I : CONTEXTE THÉORIQUE	1
1.1. Sommaire de l'essai	1
1.2. Épidémiologie	1
1.2.1. Taux de suicide.....	1
1.2.2. Les tentatives de suicide.....	3
1.3. Les personnes des minorités sexuelles	4
1.3.1. Émergence de l'orientation sexuelle.....	6
1.3.2. Difficultés psychologiques et sociales associées aux orientations LGB.....	8
1.4. Les comportements suicidaires chez les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles	11
1.4.1. Les facteurs de risque qui augmentent la vulnérabilité aux conduites suicidaires dans la population générale.....	12
1.4.2. Les facteurs de risque expliquant les comportements suicidaires chez les personnes LGB	15
1.4.3. Facteurs de protection chez les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles.	17
1.4.4. Études empiriques sur les conduites suicidaires chez les individus LGB.....	19
1.5. Études comparant les personnes LGB et la population générale quant aux conduites suicidaires	21
1.6. Objectif de cette étude	23

CHAPITRE II : ARTICLE	24
2.1. Présentation de l'article	24
2.2. Introduction	26
2.3. Les facteurs de risque associés à la vulnérabilité suicidaire	26
2.4. Les personnes des minorités sexuelles	27
2.5. Les facteurs de risque et de protection chez les LGB	29
2.6. Études comparant les personnes LGB et la population générale quant aux conduites suicidaires	30
2.7. Objectif	32
2.8. Méthodologie	32
2.8.1. Procédure.....	32
2.8.2. Participants.	33
2.9. Instruments	34
2.10. Analyses	37
2.10.1. Variables quantitatives.	37
2.10.2. Variables qualitatives.	37
2.11. Résultats	38
2.11.1. Différences obtenues entre le groupe LGB et le groupe hétérosexuel.	38
2.11.2. Réponses qualitatives sur les facteurs ayant incité le passage à l'acte lors d'une période de crise et ceux ayant évité le passage à l'acte lors d'une autre période de crise.....	40
2.12. Discussion	41
2.12.1 Limites	44
2.12.2. Implications pour la recherche et la pratique.....	45

2.13. Conclusion	46
Références	47
CHAPITRE III : CONCLUSION GÉNÉRALE	62
3.1. Recrutement des personnes des minorités sexuelles	63
3.2. Éthique	64
3.3. Recherches futures chez les personnes des minorités sexuelles	65
3.4. Interventions possibles auprès des personnes LGB	68
3.4.1. Les stratégies universelles.	68
3.4.2. Les stratégies indiquées.....	71
3.4.3. Les stratégies sélectives.....	72
3.5. Considérations cliniques	74
RÉFÉRENCES	78
ANNEXE A : Questionnaire	103

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau 1 <i>Statistiques descriptives et tests-t</i>	56
Tableau 2 <i>Fréquences observées sur l'intimidation dans la dernière année</i>	57
Tableau 3 <i>Tests-t sur les items reliés à l'orientation sexuelle</i>	58
Tableau 4 <i>Raisons relatées par les participants pour avoir fait une tentative de suicide</i>	60
Tableau 5 <i>Raisons relatées par les participants pour ne pas avoir fait une autre tentative de suicide</i>	61

RÉSUMÉ

Plusieurs études ont démontré des taux de conduites suicidaires plus élevés chez les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles (LGB) en comparaison avec les personnes hétérosexuelles issues de la population générale. L'objectif de cette étude est d'évaluer les différences et les similitudes entre certains facteurs de risque et de protection chez les personnes LGB et hétérosexuelles ayant eu des conduites suicidaires antérieures. Au total, 102 Québécois ayant effectué une tentative de suicide ont répondu à un questionnaire en ligne, dont 49 personnes LGB et 53 personnes hétérosexuelles. Des analyses de nature quantitative et qualitative ont été effectuées. Plusieurs facteurs de risque et de protection ne différaient pas de façon significative entre les personnes LGB et hétérosexuelles (symptômes dépressifs, consommation d'alcool, nombre de tentatives de suicide antérieures, variables reliées à l'intimidation, soutien social, mauvais traitements pendant l'enfance, stratégies de coping, satisfaction envers la vie, estime de soi). Toutefois, l'âge lors de la première tentative de suicide était significativement plus bas chez les participants LGB, et ceux-ci rapportaient plus de difficultés reliées aux préjugés sociaux à l'endroit des orientations sexuelles minorisées (homophobie internalisée, difficultés lors du processus du dévoilement de l'orientation sexuelle et attaques perçues face à l'orientation sexuelle). Malgré ses limites, cette étude suggère que des interventions devraient être privilégiées afin de diminuer les impacts négatifs liés au stress minoritaire chez les individus LGB. Les résultats sont discutés en fonction de leurs retombées pour la recherche et l'intervention auprès des personnes LGB.

Mots-clés : LGB, minorités sexuelles, tentative de suicide, idées suicidaires, homosexualité, bisexualité

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1. Sommaire de l'essai

Cet essai doctoral vise à évaluer les différences et les similitudes quant aux facteurs de risque et de protection entre les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles (LGB) et les personnes hétérosexuelles face aux conduites suicidaires. Pour ce faire, 102 participants québécois ayant effectué au moins une tentative de suicide ont été recrutés en ligne. L'essai se divise en trois parties : la première étant une introduction générale portant sur l'épidémiologie à l'endroit du suicide, les comportements suicidaires chez les personnes LGB, ainsi que les études comparatives entre les personnes hétérosexuelles et les personnes homosexuelles et bisexuelles relativement aux conduites suicidaires. La deuxième partie présente la méthodologie, les résultats et une discussion de la recherche doctorale publiés sous forme d'article. Enfin, la troisième partie comprend une conclusion générale sur l'étude, où des observations, des pistes de recherches futures et des interventions cliniques sont discutées.

1.2. Épidémiologie

1.2.1. Taux de suicide. Le suicide est un problème de santé publique mondial très préoccupant, puisque près d'un million de personnes décèdent chaque année par suicide (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Les taux de suicide par pays peuvent toutefois varier : en 2012, le taux de suicide par 100 000 personnes était de 19,1 en Hongrie, de 12,1 aux États-Unis et de 4,7 en Italie (Légaré, Gagné, Perron, Tessier & Gamache, 2015). En 2011, au Canada, le taux de suicide était de 10,8 par 100 000 personnes, soit 3 728 Canadiens qui sont décédés par suicide. Ce nombre équivaut à environ 10 suicides par jour et représentait la neuvième cause de décès au pays (Statistique Canada, 2014).

Il y a quelques années, en 1999, parmi toutes les provinces du Canada, le Québec enregistrait le plus haut taux de suicide, soit 21 suicides par 100 000 habitants, tandis que la moyenne du Canada était de 14 suicides par 100 000 personnes au cours de la même période (Langlois et Morrisson, 2002). Face à ce taux élevé de suicide et afin de contrer cette triste problématique, des stratégies ont été mises en place pour promouvoir la santé mentale et prévenir le suicide dans la province francophone. En 2012, le taux de suicide par 100 000 habitants avait ainsi diminué à 13,3. Concrètement, cela signifie que 1 102 Québécois se sont enlevé la vie, ce qui représente environ 2% de l'ensemble des décès au Québec (Légaré et al., 2015) et approximativement 30% des décès par suicide au Canada (Statistiques Canada, 2014). Au Québec, les taux de suicide varient d'une région à l'autre. Pour la période 2010-2012, les régions de Montréal et de la Montérégie indiquent un taux significativement plus bas, tandis que les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Mauricie et Centre-du-Québec et celle de Chaudière-Appalaches affichent un taux significativement plus élevé que la moyenne du Québec (Légaré et al., 2015).

Les données récentes révèlent qu'une baisse du taux de mortalité par suicide se poursuit au Québec et que celle-ci serait davantage marquée chez les adolescents de 15 à 19 ans et chez les jeunes hommes de 20 à 34 ans (Légaré et al., 2015). Toutefois, chez ces derniers, le suicide représente toujours environ 31% de l'ensemble des décès de ce groupe (Légaré et al., 2015). Peu importe le groupe d'âge, les hommes se suicident davantage que les femmes, 78% des suicides étant le fait d'hommes (Légaré et al., 2015). Plus spécifiquement, les hommes âgés de 40 à 59 ans sont ceux qui se suicident le plus (Statistiques Canada, 2014). Lors de la dernière décennie, les hommes avaient tendance à utiliser des méthodes plus létales au moment du passage à l'acte en comparaison avec les femmes (Langlois & Morrisson, 2002), alors que dans les dernières années,

le moyen le plus souvent utilisé pour s'enlever la vie est le même pour les hommes et les femmes (Légaré et al., 2015).

1.2.2. Les tentatives de suicide. Pour chaque suicide complété, il est estimé qu'il y a environ 25 tentatives de suicide effectuées (Crosby, Han, Ortega, Parks & Gfroerer, 2011). De plus, les tentatives de suicide sont fortement associées au risque de décès par suicide (Suominen et al., 2004), ainsi qu'aux conduites suicidaires répétées, c'est-à-dire les idéations et les tentatives suicidaires (Borges, Angst, Nock, Ruscio, & Kessle, 2008). Au Canada, Langlois et Morrisson (2002) rapportent que ce sont les adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui présentent le plus haut taux de tentatives de suicide.

Un des facteurs importants qui augmentent le risque de suicide ou de tentatives de suicide est l'idéation suicidaire (Borges et al., 2008). Dans la province francophone, il est estimé que 869 000 personnes âgées de 15 ans et plus, soit environ 14% des Québécois (représentant 16% des femmes et 13% d'hommes), auront des pensées suicidaires au cours de leur vie (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault & Fiset-Laniel, 2008). Parmi les individus qui ont des idéations suicidaires, environ le quart effectuera une tentative de suicide au cours de leur vie (Kairouz et al., 2008). Cela représente donc une prévalence à vie de 4,4% et une prévalence annuelle de 0,5% concernant les tentatives de suicide pour la population québécoise (Fortin & Ruel, 2012). Au Québec, le groupe de 15 à 24 ans a cinq fois plus de risque de rapporter des tentatives de suicide comparativement au groupe de 25 à 64 ans (Kairouz et al., 2008), alors que les jeunes adultes issus d'un milieu socio-économique plus défavorisé sont encore plus à risque (Burrows, Auger, Roy, & Alix, 2010). Enfin, parmi l'ensemble des tentatives suicidaires, 75% sont effectuées par des femmes (Fortin & Ruel, 2012). À l'échelle internationale comme à l'échelle provinciale,

plusieurs statistiques ont donc été colligées au fil des années dans le but d'identifier les personnes et les groupes de personnes qui sont les plus à risque face aux comportements suicidaires.

Depuis une vingtaine d'années, les chercheurs remarquent que les taux de comportements suicidaires sont plus élevés chez les personnes issues de minorités sexuelles, chez qui il est possible de retrouver des prévalences de tentatives de suicide variant entre 14% et 31% (D'Augelli et al., 2005; Hatzenbuehler, 2011; Igartua, Gill, Montoro, 2003; Plöderl et al., 2014; Zhao, Montoro, Igartua, & Thombs, 2010). Une méta-analyse effectuée par Marshal et al. (2011), incluant une vingtaine d'études, confirme qu'en moyenne, 28% des jeunes LGB ont des comportements suicidaires, comparativement aux jeunes hétérosexuels dont les taux varient de 10% à 12% selon les études (Kokkevi, Rotsika, Arapaki & Richardson, 2012; Marshal et al., 2011). Ainsi, Russell et Toomey (2013) ont démontré que les tentatives de suicide s'élèveraient à 13% chez les filles hétérosexuelles comparativement à 25% chez les lesbiennes ou bisexuelles, tandis que chez les garçons, elles toucheraient 8% des hétérosexuels et 12% des gais ou bisexuels.

1.3. Les personnes des minorités sexuelles

Dans les dernières années, plusieurs auteurs se sont donc intéressés au développement et aux difficultés psychologiques des personnes ayant une orientation homosexuelle ou bisexuelle afin de mieux comprendre les réalités et les défis qui leurs sont propres. Parmi la population nord-américaine, on retrouve une majorité de personnes qui définissent leur orientation comme étant hétérosexuelle, tandis qu'une minorité s'identifie comme ayant une autre orientation sexuelle. Plusieurs dimensions permettent d'identifier ceux qui font partie de cette minorité, telles que les attirances et les fantasmes sexuelles, les comportements sexuels et l'auto-identification à une orientation sexuelle (Weinrich & Klein, 2002). L'homosexualité est définie comme une

identification de soi impliquant «des sentiments sexuels ou érotiques, de pensées, de fantaisies et de comportements désirés avec des membres du même sexe» (Savin-Williams, 1990). Les personnes des minorités sexuelles représentent un groupe hétérogène incluant plusieurs sous-groupes de personnes, dont plusieurs ont une orientation sexuelle différente, telle qu'une orientation homosexuelle, bisexuelle (soit une personne attirée à la fois par les hommes et les femmes), pansexuel (i.e. des personnes attirées sexuellement et/ou émotionnellement par d'autres individus, sans égard à leur genre ou leur sexe), queer (i.e. terme anglais désignant les personnes qui se sentent à l'extérieur des normes de la société en matière de sexualité et qui ne désirent pas d'étiquette), en plus d'inclure les personnes en questionnement sur leur orientation, les personnes dont l'identité de genre s'éloigne des normes sociales associées à la masculinité ou à la féminité et les personnes transgenres. Ces dernières font également partie des minorités de genre, et il est noté que les définitions sur les minorités sexuelles ne les incluent pas systématiquement.

La prévalence de personnes LGB dans la population est variable d'une étude à l'autre en fonction de la mesure de l'orientation sexuelle choisie par les auteurs (Coleman, 1987; Julien & Chartrand, 2005). En effet, cette mesure s'avère complexe à évaluer, puisqu'elle peut inclure un ou des éléments parmi l'auto-identification des participants, leurs comportements sexuels, leurs attirances sexuelles, leurs préférences émotionnelles, etc. – dans le passé, le présent et dans l'idéal des participants (Weinrich & Klein, 2002). Certains auteurs ont rapporté des prévalences variables de la population de jeunes LGB, dont une prévalence d'approximativement 10% dans l'étude de Birkett, Espelage et Koenig (2009), de 6% dans l'étude de King et al. (2008) ou encore 3% dans l'étude de Zhao et al. (2010). En plus des individus qui s'identifient LGB dans les études, 3% (Zhao et al., 2010) à 5% (Birkett et al., 2009) des participants adolescents seraient en questionnement face à leur orientation sexuelle. Des différences entre la prévalence de personnes

LGB peuvent être observées entre les échantillons composés d'adolescents ou d'adultes; Statistiques Canada (2015) indique notamment que 3% de la population âgée entre 18 et 59 ans rapporte avoir une orientation homosexuelle ou bisexuelle. Savin-Williams (1995) propose toutefois qu'il puisse y avoir plus de personnes ayant des comportements sexuels avec d'autres personnes du même genre que les statistiques le rapportent et suggère que seulement 30% de ceux qui rapportent régulièrement des désirs ou des conduites avec des personnes du même sexe s'identifieraient comme ayant une orientation LGB. Par exemple, dans une étude québécoise (Zhao et al., 2010), 6% des participants s'identifiaient comme étant hétérosexuels, mais pouvaient tout de même rapporter des fantasmes ou des comportements avec des personnes du même sexe. Bref, un nombre non négligeable de personnes font partie des minorités sexuelles ou s'interrogent sur leur orientation sexuelle.

1.3.1. Émergence de l'orientation sexuelle. La majorité des personnes LGB découvrent leur orientation sexuelle vers l'âge de 10 ans (D'Augelli, Grossman, & Starks, 2008), et l'âge moyen du premier dévoilement de l'orientation homosexuelle ou bisexuelle à une personne de l'entourage se situerait vers l'âge de 15 ans, tant chez les garçons que chez les filles (D'Augelli, Grossman, Starks & Sinclair, 2010). Alors que le dévoilement de l'orientation sexuelle peut être effectué par plusieurs personnes LGB au cours de l'adolescence, d'autres s'auto-identifieront homosexuel ou bisexuel plus tard dans leur vie adulte (Hunter, 2007).

En raison des préjugés qui y sont associés, l'acceptation de l'orientation LGB est un processus complexe auquel plusieurs auteurs se sont intéressés. Hunter (2007) postule que les enfants sont élevés, par défaut, avec une identité hétérosexuelle. Lorsque les personnes découvrent leur orientation homosexuelle ou bisexuelle, des processus psychologiques sont sollicités afin de se détacher d'une orientation hétérosexuelle, de ses normes, de ses valeurs et de

ses traditions (Hunter, 2007). Lors de ces processus, l'auteur explique que les personnes LGB vont être amenées à rejeter les stéréotypes négatifs associés aux orientations homosexuelles et bisexuelles, de même que l'idéologie que l'hétérosexualité soit la seule orientation sexuelle possible et acceptable.

Fassinger et ses collègues (Fassinger & Miller, 1996; McCarn & Fassinger, 1996) ont introduit une conceptualisation de minorités sexuelles. Ces auteurs ont proposé un modèle sur le développement de l'identité sexuelle qui s'échelonne sur quatre phases : (1) la conscience, soit un sentiment d'être « différent » des normes hétérosexuelles, pouvant inclure des émotions de confusion et d'inquiétude; (2) l'exploration de sentiments amoureux et/ou érotiques envers une personne du même sexe; (3) l'approfondissement-engagement, qui se traduit par une augmentation de la connaissance de soi au niveau émotionnel et sexuel ainsi qu'une cristallisation des préférences sexuelles; puis enfin, (4) l'intériorisation-synthèse de l'orientation sexuelle, c'est-à-dire une intégration complète de l'orientation sexuelle comme faisant partie du soi, ce qui peut s'accompagner de sentiments de fierté, de bien-être et de stabilité interne face à l'orientation sexuelle. Selon ces auteurs, le mouvement d'une phase à l'autre refléterait une augmentation de l'habileté à intégrer positivement l'orientation sexuelle, le concept de soi et l'intégration de l'identité sexuelle comme faisant partie d'une minorité (Fassinger & Miller, 1996; McCarn & Fassinger, 1996). Ce modèle a été validé empiriquement auprès de 34 hommes gais et 38 femmes lesbiennes, à l'aide d'une méthodologie Q-sort.

Les personnes LGB peuvent faire face à des besoins ou des difficultés spécifiques lors du processus d'intégration de leur orientation sexuelle. Mohr et Fassinger (2000) ont identifié des éléments significatifs tirés du vécu de personnes gais ou lesbiennes, dont l'homophobie internalisée (l'intériorisation des préjugés sociaux qui dénigrent et stigmatisent l'orientation

homosexuelle ou bisexuelle), la confusion de l'identité (niveau de certitude et de confusion liés à l'orientation sexuelle) ainsi que le sentiment de supériorité (vision de l'hétérosexualité comme étant inférieure et moins intéressante que l'homosexualité). Les auteurs ont également identifié d'autres éléments spécifiques aux personnes homosexuelles qui sont davantage en lien avec le dévoilement de l'orientation sexuelle, tel que le besoin d'intimité (contrôle de la connaissance des autres par rapport à leurs relations amoureuses), le besoin d'acceptation (niveau de préoccupation par rapport à la vision des autres sur leur propre identité sexuelle) et les difficultés rencontrées dans le processus identitaire (perception de vivre des difficultés et/ou de la lenteur par rapport au dévoilement de l'orientation sexuelle dans l'entourage). Mohr et Fassinger (2000) ont remarqué que le besoin d'acceptation était fortement lié avec l'estime de soi, et que plus le processus d'acceptation était lent, plus il était associé négativement à la crainte du jugement social et à la confusion de l'identité.

Ces variables sont donc intéressantes puisqu'elles permettent d'obtenir une meilleure compréhension des enjeux spécifiques aux personnes LGB lors du moment de l'intégration de leur orientation sexuelle. Plusieurs autres variables qui représentent des difficultés vécues par les personnes homosexuelles et bisexuelles, de l'enfance à l'âge adulte, ont également fait l'objet de maintes études, ce dont il est question dans les sections suivantes.

1.3.2. Difficultés psychologiques et sociales associées aux orientations LGB.

Comparativement aux personnes hétérosexuelles, les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles font face à des défis supplémentaires dès leur jeune âge. Pour cette raison, plusieurs auteurs se sont intéressés aux difficultés et au bien-être psychologique de cette population. La théorie du stress minoritaire de Meyer (1995; 2003) postule qu'en raison du statut de minorité, les personnes issues de minorités sexuelles sont exposées à un niveau de stress plus élevé et font face à des

stress additionnels tels que la sensibilité au rejet, la discrimination, l'homophobie internalisée, ce qui augmente le risque de développer des problèmes de santé mentale. En effet, certains auteurs suggèrent que jusqu'à 94% de personnes LGB (Mustanski, Newcomb & Garofalo, 2011) rapportent avoir vécu de la victimisation liée à l'orientation sexuelle, tandis que 69% des jeunes LGB québécois du secondaire (Chamberland, Émond, Julien, Otis & Ryan, 2010) auraient été victimes d'au moins un incident à caractère homophobe dans la dernière année. Au sens large, l'homophobie renvoie aux « sentiments de peur et d'aversion que ressentent certaines personnes à l'égard de l'homosexualité et des personnes d'orientation homosexuelle, ou à l'égard de toute personne dont l'apparence ou le comportement ne se conforme pas aux stéréotypes de la masculinité ou de la féminité » (Groupe de travail mixte sur l'homophobie, p. 12, 2007). L'une des répercussions de l'intimidation et de la discrimination sur les personnes LGB, en interaction avec la contrainte à l'hétérosexualité, est le développement ou l'augmentation de l'homophobie internalisée, qui toucherait une grande partie des personnes LGB (Balsam & Mohr, 2007; Benibgui, 2011; Weibley, 2010). Certaines personnes homosexuelles ou bisexuelles peuvent ainsi être tentées de cacher leur orientation sexuelle à leur entourage de peur de subir des conséquences négatives, ce qui serait toutefois associé à la détresse psychologique (Morris, Waldo & Rothblum, 2001) et à certains problèmes de santé physique (Cole, Kemeny, Taylor & Visscher, 1996).

Certains sous-groupes des minorités sexuelles semblent également rapporter plus de difficultés en comparaison avec les personnes homosexuelles. Quelques recherches auraient notamment identifié que les personnes bisexuelles et celles qui sont confuses à propos de leur orientation sexuelle rapportent une plus basse perception de leur soutien social puisqu'ils ont moins de contact avec la minorité sexuelle gaie et lesbienne (Balsam & Mohr, 2007), plus de

symptômes psychologiques (Birkett & al., 2009; Russel, Seif & Truong, 2001; Saewyc et al., 2009) et plus d'incertitude quant à leur identité sexuelle (Dyar, Feinstein & London, 2015). En effet, plusieurs individus bisexuels sont incertains de la permanence de leur orientation sexuelle, particulièrement lorsqu'ils ne sont pas impliqués dans des relations sexuelles avec les deux genres (Hunter, 2007).

D'autres recherches rapportent que les hommes et les femmes ayant des comportements bisexuels seraient les plus à risque de développer des problèmes psychologiques et des conduites suicidaires (Bostwick, Boyd, Hughes, & McCabe, 2010; Moon, Fornili, & O'Briant, 2007; Russell & Joyner, 2001). Toutefois, il est noté que les personnes bisexuelles représentent un sous-groupe des minorités sexuelles, parfois pas assez nombreuses dans les échantillons pour représenter significativement la population bisexuelle (De Graaf, Sandfort, & ten Have, 2006).

Chez les adolescents et les jeunes adultes, plusieurs résultats de recherche indiquent que les jeunes LGB, comparativement aux jeunes hétérosexuels, seraient plus à risque de présenter un trouble de santé mentale (Birkett et al., 2009; Bos, Sandfort, Bruyn, & Hakvoort, 2008; Bostwick et al., 2010; King et al., 2008; Liu & Mustanski, 2012; Hospers & Jansen, 2005). Dans le cadre d'études qui évaluaient des éléments extrinsèques, des résultats rapportent notamment que les personnes LGB vivent plus d'intimidation (Birkett et al., 2009; Liu & Mustanski, 2012), sont plus susceptibles d'absentéisme à l'école (Birkett et al., 2009), ont un niveau amoindri de sentiment de sécurité à l'école (Boucher et al., 2013) et vivraient davantage la perception d'avoir un faible soutien social (Hatzenbuehler, 2011; Liu & Mustanski, 2012).

Si les jeunes LGB vivent plusieurs difficultés de nature extrinsèque, ils en vivent également beaucoup qui sont intrinsèques. En effet, les jeunes homosexuels et bisexuels rapportent plus de comportements d'automutilation (Bostwick et al., 2014; King et al., 2008),

moins de sentiments positifs (Silva, Chu, Monahan & Joiner, 2014), une estime de soi plus faible (Spencer & Patrick, 2009; Bos et al., 2008), plus de troubles alimentaires et d'insatisfaction corporelle (Hospers & Jansen, 2005; Matthews-Ewald, Zullig & Ward, 2014), plus de troubles des conduites (Mustanski, Garofalo & Emerson, 2010), plus d'abus de substances (Bolton & Sareen, 2011; King et al., 2008), plus de sentiments dépressifs (Birkett et al., 2009; King et al., 2008; Liu & Mustanski, 2012; Warner et al., 2004), un niveau d'anxiété plus élevé (Bolton & Sareen, 2011; Bostwick et al., 2010; King et al., 2008; Silva et al., 2014; Spencer & Patrick, 2009) et des taux de conduites suicidaires plus élevés (King et al., 2008; Marshal et al., 2011; Plöderl et al., 2014; Zhao et al., 2010).

1.4. Les comportements suicidaires chez les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles

Tel que mentionné, les études effectuées sur les difficultés psychologiques chez les personnes LGB ont permis de mettre en lumière l'importance des taux de tentatives suicidaires en comparaison avec les personnes hétérosexuelles (Bostwick et al., 2014; D'Augelli et al., 2005; Hatzenbuehler, 2011; Igartua et al., 2003; King et al., 2008; McBee-Strayer & Rogers, 2002; Rosario, Schrimshaw & Hunter, 2005; Warner et al., 2004). Rappelons que l'orientation sexuelle n'est pas à l'origine de ces difficultés, mais que celles-ci seraient plutôt le reflet des répercussions des préjugés de la société envers les personnes homosexuelles et bisexuelles (Meyer, 1995; 2003). Plusieurs auteurs indiquent que, comparativement aux personnes hétérosexuelles, un pourcentage plus élevé de personnes homosexuelles et bisexuelles cumule plusieurs facteurs de risque au cours de leur vie, augmentant ainsi la vulnérabilité face aux conduites suicidaires chez cette population (Corliss, Cochran, Mays, Greenland & Seeman, 2009; Liu & Mustanski, 2012; Warner et al., 2004). En d'autres mots, même s'il est possible de retrouver une plus grande prévalence de conduites suicidaires chez les individus LGB comparativement aux individus

hétérosexuels (Hatzenbuehler, 2011; Marshal et al., 2011; Plöderl et al., 2014), le fait de faire partie des minorités sexuelles n'est pas un facteur de risque de vulnérabilité suicidaire en tant que tel. Il s'agirait plutôt de l'accumulation de difficultés qui pourrait avoir un impact sur le développement de trouble de santé mentale et de conduites suicidaires chez les jeunes LGB.

1.4.1. Les facteurs de risque qui augmentent la vulnérabilité aux conduites suicidaires dans la population générale. Afin de mieux prévenir le suicide, une compréhension adéquate de celui-ci est nécessaire et c'est pourquoi plusieurs auteurs se sont penchés sur les éléments qui peuvent augmenter le risque suicidaire chez un individu. Plusieurs études ont été élaborées sur le sujet, et des facteurs de risque face aux conduites suicidaires en émergent, dont certains qui ont des associations plus importantes avec les conduites suicidaires.

1.4.1.1. Trouble de santé mentale. L'un des facteurs de risque qui importe le plus face au suicide est la présence d'un trouble de santé mentale. En effet, il a été établi de façon constante dans la littérature qu'au moins un diagnostic de santé mentale était présent chez plus de 90% des personnes décédées par suicide (Arsenault-Lapierre, Kim & Turecki, 2004; Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Renaud, Berlim, McGirr, Tousignant & Turecki, 2008). La fraction attribuable à l'apport des troubles de santé mentale comme cause face au suicide varie entre 47 et 74% (Cavanagh et al., 2003), mais parmi ceux-ci, le trouble dépressif est souvent le facteur de risque le plus significatif (Holma et al., 2010; Legleye, Beck, Peretti-Watel, Chau, & Firdion, 2010; Tidemalm, Långström, Lichtenstein, & Runeson, 2008; Renaud et al., 2008; Wilcox et al., 2010). Des traits de personnalité, tels que les traits impulsifs et agressifs, peuvent également augmenter le risque de comportements suicidaires (Dumais et al., 2005; Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999; McGirr et al., 2008; Turecki, 2005). De plus, les chercheurs s'accordent pour identifier les dépendances et les abus d'alcool ou de drogues comme

des facteurs entraînant un risque accru de tentatives de suicide (Dumais et al., 2005; Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003; Kokkevi et al., 2012; Tidemalm et al., 2008; Wilcox, Conner, & Caine, 2004).

1.4.1.2. Adversités précoces. Une histoire d'abus sexuel au cours de l'enfance est un facteur de risque souvent rapporté dans la littérature, puisque les résultats de nombreuses études indiquent que les événements d'adversités précoces sont fréquents chez les personnes ayant fait une tentative de suicide (Afifi et al., 2008; Barbosa et al., 2014; Brent, Baugher, Bridge, Chen, & Chiappetta, 1999; Mann et al., 1999; McGirr et al., 2008). Le risque suicidaire serait également augmenté par les expériences de négligence physique et émotionnelle ou encore d'abus physiques et émotionnels pendant l'enfance ou l'adolescence (Barbosa et al., 2014; Wilcox et al., 2010).

De plus, vivre au sein de familles dysfonctionnelles peut augmenter le risque suicidaire, et ce, particulièrement chez les adolescents (Beautrais, Joyce, & Mulder, 1996; Consoli et al., 2013; Kokkevi et al., 2012; Séguin, Lynch, Labelle, & Gagnon, 2004). Les problèmes familiaux sévères peuvent se traduire sous différentes formes, comme la négligence, la violence psychologique, un contexte familial de désorganisation constante, ainsi que la présence de psychopathologie chez l'un ou des membres de la famille (Séguin et al., 2004).

1.4.1.3. Antécédents de tentatives suicidaires. Les chercheurs s'entendent sur le fait que les antécédents de tentatives suicidaires constituent un facteur de risque élevé de tentatives futures ou de suicide (Borges et al., 2008; Brent et al., 1999; Holma et al., 2010; Suominen et al., 2004; Tidemalm et al., 2008).

1.4.1.4. Genre. Un autre facteur de risque bien établi dans la population générale est le genre. Bien que les femmes auraient davantage tendance à faire des tentatives suicidaires (Fortin & Ruel, 2012; Kairouz et al., 2008), le genre masculin est davantage relié au suicide (Langlois &

Morrisson, 2002; Kairouz et al., 2008; Large , Sharma , Cannon , Ryan, & Nielsse, 2011; Leadholm, Rothschild, Nielsen, Bech & Østergaard, 2014).

1.4.1.5. Modèle explicatif du suicide. À partir de notions théoriques ou encore de données empiriques, quelques chercheurs ont tenté d'identifier des schémas développementaux qui pourraient mieux expliquer la vulnérabilité face aux conduites suicidaires et qui illustrent comment certains facteurs de risque peuvent s'aggraver les uns les autres. L'un de ces modèles a été élaboré par Mann et al. (1999) à l'aide de données empiriques. Selon celui-ci, les comportements suicidaires sont déterminés par l'interaction entre un stressor – une maladie mentale telle qu'une dépression, par exemple – et la prédisposition de l'organisme face aux vulnérabilités, biologiques et génétiques, qui exacerbent certaines réactions face au stress et aux événements de vie adverses. Certains facteurs viennent alors augmenter le risque suicidaire, tels que le désespoir, les sentiments dépressifs perçus, les idéations suicidaires et leur planification, l'impulsivité et l'agressivité en interaction avec l'alcoolisme, l'abus de substances et les traumatismes crâniens qui peuvent diminuer les taux de sérotonine du patient.

Ce modèle a été repris par McGirr et Turecki (2007) qui en ont fait un cadre conceptuel biopsychosocial expliquant le suicide individuel à l'aide de trois composantes, soit les facteurs distaux, proximaux et les modérateurs. Les facteurs distaux renvoient à des facteurs biologiques ou génétiques, ou encore des événements traumatisants vécus pendant l'enfance. Les facteurs proximaux représentent les événements de vie récents et la présence de troubles de santé mentale, notamment la dépression majeure. Quant aux modérateurs, sont considérés le genre, les traits de personnalité, les comportements impulsifs ou agressifs et l'abus d'alcool ou de drogues. Ces trois composantes, en interaction constante, permettent de mieux comprendre le risque d'une personne face au suicide (McGirr & Turecki, 2007).

1.4.2. Les facteurs de risque expliquant les comportements suicidaires chez les personnes LGB. Tout comme chez la population générale, plusieurs facteurs qui augmentent la vulnérabilité face aux conduites suicidaires chez les personnes LGB ont été identifiés dans des études récentes. Certaines recherches ont été effectuées afin d'évaluer si les personnes LGB ont les mêmes facteurs de risque que la population générale, ou si d'autres facteurs étaient spécifiques aux personnes d'orientation homosexuelle et bisexuelle.

1.4.2.1. Facteurs de risque communs entre les personnes hétérosexuelles et les personnes LGB. Certains facteurs de risque semblent se retrouver tant chez les personnes hétérosexuelles que chez les personnes homosexuelles et bisexuelles, dont la présence de tentative de suicide antérieure (Liu & Mustanski, 2012), de problèmes de santé mentale dont la dépression et l'abus de substances (Igartua et al., 2003; Russell & Joyner, 2001; Wilcox et al., 2010), d'impulsivité (Mustanski & Liu, 2013), d'abus verbaux, physiques ou sexuels dans le passé (D'Augelli et al., 2005; Mcbee-Strayer & Rogers, 2002) et de difficultés familiales, particulièrement lors de l'adolescence (Ryan, Russell, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2010). Ces facteurs de risque face au suicide sont donc reconnus pour l'ensemble de la population.

1.4.2.2. Facteurs de risque spécifiques aux personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles. D'autres facteurs qui augmentent de façon importante le risque de conduites suicidaires chez la population LGB ont été identifiés, dont les expériences d'intimidation, d'abus ou de discrimination verbale ou physique (De Graaf et al., 2006; Goodenow, Szalacha, & Westheimer, 2006; Hershberger & D'Augelli, 1995; Liu & Mustanski, 2012; Morrison & L'Heureux, 2001; Teasdale & Bradley-Engen, 2010; Warner et al., 2004), la perception d'un faible soutien social (Hatzenbuehler, 2011; Liu & Mustanski, 2012), l'absence de soutien et le rejet des parents durant l'adolescence (Hatzenbuehler, 2011; Mustanski & Liu, 2013; Rothman, Sullivan, Keyes &

Boehmer, 2012; Ryan et al., 2010) et l'homophobie internalisée (Benibgui, 2011; Ortiz-Hernández, 2005; Plöderl et al., 2014; Weibley, 2010).

De plus, selon Savin-Williams et Rodriguez (1993), le statut de double minorité, c'est-à-dire faire partie de la minorité sexuelle en plus de faire partie d'une minorité culturelle ou raciale, augmenterait significativement le sentiment d'isolement. Plus spécifiquement, dans une étude conduite aux États-Unis sur le statut de double minorité, les jeunes de différents groupes minoritaires dont des jeunes LGB Latinos, multiethniques, Amérindiens et Américains natifs du Pacifique (p. ex. Hawaii) étaient les plus à risque d'avoir effectué une tentative de suicide, comparativement aux jeunes LGB Caucasiens qui rapportaient moins de tentatives suicidaires (Bostwick et al., 2014).

D'autre part, alors qu'il est bien établi que le genre masculin soit plus associé au suicide dans la population générale (Kairouz et al., 2008; Large et al., 2011; Leadholm et al., 2014), le genre représente un facteur plus complexe en lien avec les comportements suicidaires chez les personnes LGB. Tout comme chez les personnes hétérosexuelles, le risque de décès par suicide serait plus élevé chez les hommes homosexuels et bisexuels (Mathy, Cochran, Olsen & Mays, 2011); une étude révèle d'ailleurs que chez les jeunes LGB décédés par suicide, 93% des suicides seraient effectués par des garçons (Wolff, Allen, Himes, Fish & Losardo, 2014).

Au sujet du genre parmi les tentatives de suicide effectuées chez des personnes LGB, les résultats sont partagés dans la littérature. Certaines études indiquent que les femmes lesbiennes et bisexuelles seraient plus nombreuses à rapporter des tentatives suicidaires comparativement aux hommes gais et bisexuels (Marshall et al., 2013; Russell & Toomey, 2013). Toutefois, une méta-analyse va à l'encontre de ces résultats et révèle que les hommes gais et bisexuels seraient les plus à risque de rapporter une tentative de suicide au cours de leur vie (King et al., 2008).

L'une des raisons pour laquelle il est possible de retrouver de hautes prévalences de comportements suicidaires chez les hommes gais et bisexuels pourrait en partie être expliquée par les diverses réactions négatives de la société envers les personnes qui ne se conforment pas à leurs stéréotypes de genre. Quelques études expliquent que les comportements non conformes au genre pendant l'enfance, chez les garçons comme chez les filles, sont souvent reliés à de l'intimidation ou des remarques négatives de la part des collègues de classe et même des parents, ce qui pourrait affecter le bien-être psychologique et augmenter le risque face aux tentatives de suicide ultérieures (D'Augelli et al., 2005; Fitzpatrick, Euton, Jones & Schmidt, 2005; Friedman, Koeske, Silvestre, Korr, & Sites, 2006; Plöderl & Fartacek, 2009; Rieger & Savin-Williams, 2012). Parmi les personnes qui ne se conforment pas à leurs stéréotypes de genre, les garçons jugés plus efféminés feraient l'expérience de plus de réactions et d'attitudes négatives par leur environnement en comparaison avec les filles qui sont jugées plus masculines (D'Augelli, Grossman & Starks, 2006; Plöderl & Fartacek, 2009). Selon certains auteurs, la non conformité au genre serait plus fortement associée avec la détresse psychologique et les comportements suicidaires chez les garçons que chez les filles (Harry, 1983; Remafedi, 1999; Skidmore, Linsenmeier & Bailey, 2006).

En résumé, de nombreux facteurs de risque entrent en jeu dans la complexité d'une tentative de suicide effectuée par une personne LGB. Certains facteurs de risque sont de plus en plus reconnus pour les LGB, tels que la discrimination, l'intimidation et l'isolement, tandis que d'autres nécessitent d'être plus approfondis afin de mieux cerner des facteurs et des interventions qui pourraient protéger les personnes LGB des conduites suicidaires.

1.4.3. Facteurs de protection chez les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles. Bien que la population LGB soit un groupe où les tentatives suicidaires sont plus élevées, les facteurs

de protection qui contribueraient à abaisser les difficultés psychologiques et les tentatives de suicide, tout en augmentant le bien-être psychologique chez les personnes LGB, font l'objet d'études plus récentes. Puisqu'il s'agit d'un groupe cible dans les recherches, les facteurs de protection qui ont été retrouvés chez les personnes LGB sont davantage au niveau personnel et environnemental. Parmi les facteurs de protection au niveau personnel, il est possible de retrouver : un sentiment d'appartenance à l'école (Russell & Toomey, 2013), le développement de ressources psychologiques comme l'estime de soi (Petit, Chamberland, Richard & Chevrier, 2011; Rosario, Schrimshaw & Hunter, 2005), une capacité de résilience face à la discrimination (Scourfield, Roen & McDermott, 2008), un sentiment d'appartenance avec une communauté gaie (Kertzner, Meyer, Frost, & Stirratt, 2009), l'acceptation et l'affirmation de l'orientation sexuelle (Petit et al., 2011) ainsi que faire partie d'une relation amoureuse soutenue par la reconnaissance sociale et légale que procure le mariage (Riggle, Rostosky, & Horne, 2010).

Des facteurs de protection environnementaux sont également validés par la littérature. Parmi ceux-ci se retrouvent un milieu de vie positif et sécuritaire (Birkett et al., 2009; Eisenberg & Resnick, 2006; Scourfield et al., 2008), un bon réseau de soutien familial et amical (D'Amico, Julien, Tremblay & Chartrand, 2015; Eisenberg & Resnick, 2006; Hatzenbuehler, 2011), un environnement dans lequel il existe des signes d'ouverture face à la diversité sexuelle (Petit et al., 2011), le soutien social perçu des professeurs ainsi que leur accessibilité (Goodenow et al., 2006; Russell & Toomey, 2013; Teasdale & Bradley-Engen, 2010), des politiques contre l'intimidation ainsi que la présence d'un groupe de soutien pour les LGB dans les écoles secondaires (Goodenow et al., 2006; Petit et al., 2011).

Certaines études questionnent les bienfaits du soutien des pairs sur le bien-être psychologique (Teasdale & Bradley-Engen, 2010), alors que d'autres stipulent que le soutien et

l'acceptation des pairs ont été associés positivement au bien-être psychologique (Berghe, Dewaele, Cox & Vincke, 2010; Bos et al., 2008). Il a aussi été observé que les personnes LGB qui ressentent un bon soutien de la part de l'entourage, incluant les parents et les amis, rapportent moins de symptômes dépressifs (Benibgui, 2011; Birkett et al., 2009) et moins de tentatives suicidaires (Hatzenbuehler, 2011), et ce, même s'ils font face à de l'intimidation ou de la discrimination. Plusieurs variables qui favorisent la résilience face aux conduites suicidaires ont donc fait l'objet d'études empiriques. Celles-ci révèlent que les personnes LGB peuvent employer plusieurs facteurs de protection dans diverses sphères de leur vie telles que la famille, l'école, les ressources psychologiques et la communauté.

1.4.4. Études empiriques sur les conduites suicidaires chez les individus LGB. Si la littérature scientifique s'accorde pour révéler que les jeunes LGB font face à plusieurs difficultés psychologiques (Birkett et al., 2009; King et al., 2008) et que l'ampleur des conduites suicidaires les identifie comme étant un groupe à risque (Hatzenbuehler, 2011; Marshal et al., 2011), peu de recherches se sont penchées sur les comportements suicidaires des adultes LGB (Haas et al., 2011). Certaines études suggèrent que les jeunes hommes gais et bisexuels seraient plus à risque que les plus vieux au niveau des conduites suicidaires (De Graaf et al., 2006) et que les personnes LGB de moins de 40 ans, comparativement aux plus de 40 ans, seraient plus à risque de développer un problème de santé mentale et de vivre de la discrimination (Warner et al., 2004). Une étude longitudinale effectuée par Cardom, Rostosky et Danner (2013) révèle également que les symptômes dépressifs diminuent au cours des années chez les jeunes adultes LGB. Toutefois, les auteurs n'ont pas retrouvé de diminution significative au niveau des idées suicidaires chez les personnes qui s'identifiaient principalement homosexuelles, ni de diminution significative au niveau des tentatives de suicide chez les personnes bisexuelles (Cardom et al., 2013).

D'autre part, bien que plusieurs recherches aient été effectuées auprès des personnes LGB concernant les tentatives suicidaires, peu d'études ont été réalisées au Québec. Récemment, dans la population canadienne francophone, une étude novatrice s'est intéressée aux tentatives de suicide chez les jeunes LGB (Zhao et al., 2010). Effectués auprès de 1 856 élèves d'écoles secondaires québécoises, les résultats de cette étude ont révélé que les idéations suicidaires et les tentatives de suicide étaient significativement plus élevées chez les jeunes LGB comparativement aux jeunes hétérosexuels (Zhao et al., 2010). Ces auteurs rapportent également que les idéations suicidaires et les tentatives de suicide étaient plus élevées chez les jeunes qui n'étaient pas certains de leur orientation sexuelle en comparaison avec les jeunes hétérosexuels. De plus, Igartua et al. (2003) révèlent que chez les personnes participant à leur étude, 14% des jeunes LGB Québécois auraient effectué une tentative de suicide, tandis que 65% auraient rapporté des pensées suicidaires au cours de leur vie. Une autre recherche québécoise indique que les jeunes LGB qui rapportent un support plus élevé de leurs parents en lien avec l'orientation sexuelle auraient moins d'idéations suicidaires que ceux qui rapportent un support parental moins élevé (D'Amico et al., 2015). Enfin, Renaud, Berlim, Begolli, McGirr et Turecki (2010) ont répertorié des enfants et des adolescents décédés par suicide. Ils ont par la suite identifié que la proportion de LGB au sein de cet échantillon n'était pas plus élevée que la proportion de LGB du groupe contrôle recruté dans la communauté.

Bref, les données statistiques par rapport aux tentatives de suicide pour les personnes hétérosexuelles, comme pour les personnes homosexuelles et bisexuelles sont bien documentées dans les études. De plus, les facteurs de risque en lien avec le suicide pour la population générale sont bien définis. Des facteurs de risque et de protection ont également été désignés comme étant

significatifs face aux tentatives de suicide chez la population LGB, tandis que d'autres nécessitent d'être davantage étudiés ou explorés.

1.5. Études comparant les personnes LGB et la population générale quant aux conduites suicidaires

Depuis de nombreuses années, les études qui s'intéressent à la présence de conduites suicidaires chez les personnes LGB comparent généralement les personnes de ce groupe à l'ensemble de la population. Ainsi, les résultats d'études comparatives concluent que la population LGB cumule plus de facteurs de risque et des prévalences de comportements suicidaires plus élevées que la population hétérosexuelle (Birkett et al., 2009; Hatzenbuehler, 2011; King et al., 2008).

Toutefois, peu d'études ont comparé les personnes LGB suicidaires aux personnes hétérosexuelles également suicidaires. Les études qui ont examiné les idéations suicidaires chez des personnes hétérosexuelles et LGB révèlent cependant peu de différences entre les groupes (Plöderl et al., 2014; Russell & Toomey, 2013). Une première étude réalisée par Plöderl et al. (2014) a comparé la présence d'idéations suicidaires chez un groupe de 255 personnes LGB avec un groupe de 183 personnes hétérosexuelles, en utilisant un devis d'étude corrélationnel. Les résultats indiquent que l'homophobie internalisée, un âge plus jeune lors du dévoilement de l'orientation sexuelle et des traits agressifs seraient des variables associées à la présence d'idéations suicidaires chez les personnes LGB, comparativement au groupe hétérosexuel de l'échantillon, alors que la religion agirait davantage à titre de protection chez les hétérosexuels. Une seconde étude issue de données épidémiologiques collectées auprès de 14 738 jeunes a comparé les différents facteurs de risque et de protection entre les adolescents LGB et hétérosexuels ayant eu des idéations suicidaires (Russell & Toomey, 2013). Les résultats ont

révélé qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes au regard de plusieurs facteurs de risque (la race, l'immigration, l'indice de masse corporelle, les problèmes de santé mentale et l'abus de substances) ainsi que pour plusieurs facteurs de protection (avoir des relations familiales de qualité et avoir accès à des personnes qui se soucient d'eux).

Comparativement aux hétérosexuels qui avaient des pensées suicidaires, les facteurs de risque spécifiques aux participants LGB incluent des niveaux plus faibles de désirabilité sociale et de sentiment d'appartenance à l'école. Enfin, les résultats indiquent également un niveau plus élevé de bienveillance (caring) maternelle chez les garçons gais et bisexuels ayant des pensées suicidaires (Russell & Toomey, 2013), sans que les auteurs n'expliquent ce résultat.

Dans le cadre d'une étude utilisant une méthodologie d'autopsie psychologique auprès de 55 enfants ou adolescents décédés par suicide, Renaud et al. (2010) ont identifié quatre jeunes LGB parmi l'ensemble de leur échantillon. Les résultats révèlent que les jeunes LGB ressentent plus de symptômes anxieux et étaient plus nombreux à avoir eu recours à de l'aide professionnelle. Dans le même type d'étude avec une méthode d'autopsie psychologique, Skerrett, Kølves et De Leo (2014) retrouvent plus de symptômes dépressifs, de détresse émotionnelle, de problèmes relationnels ainsi qu'un taux plus élevé de VIH/sida chez les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres (LGBT) décédées par suicide (n=35), comparativement à un groupe contrôle d'hétérosexuels décédés par suicide (n=105) jumelé selon l'âge et le genre. À notre connaissance, il s'agit des seules études ayant comparé les facteurs de risque et de protection entre un groupe de personnes LGB et un groupe de personnes hétérosexuelles ayant des conduites suicidaires.

En résumé, les résultats actuels suggèrent que, lorsque comparés à la population générale, les personnes LGB semblent cumuler plus de tentatives suicidaires et plus de facteurs de risque

face au suicide. Au niveau méthodologique, il n'est pas étonnant que l'on identifie des différences lorsque l'on compare la population générale à un groupe LGB, qui peut être considéré comme un groupe plus vulnérable aux difficultés psychologiques compte tenu du stress lié au fait de faire partie d'une minorité (Bostwick et al., 2010; King et al., 2008; Liu & Mustanski, 2012). Cependant, lorsque les personnes LGB sont comparées à d'autres personnes également à risque, peu de différences semblent émerger. Étant donné qu'il existe seulement quelques études qui ont comparé un groupe LGB à un groupe hétérosexuel ayant eu des comportements suicidaires, il semble pertinent d'approfondir les connaissances afin de mieux identifier les différences en terme de facteurs de risque et de protection entre ces deux groupes. De plus, bien que plusieurs recherches aient récemment été effectuées auprès des personnes LGB dans divers pays, les facteurs de risque et de protection de cette population au Québec demeurent peu connus.

1.6. Objectif de cette étude

Cette étude vise donc à comparer deux groupes de personnes à risque, soit un groupe de personnes LGB à un groupe de personnes hétérosexuelles ayant eu des conduites suicidaires antérieures, afin d'évaluer les différences et les similitudes quant aux facteurs de risque et de protection entre les deux groupes.

CHAPITRE II

ARTICLE

2.1. Présentation de l'article

L'article intitulé *Conduites suicidaires antérieures : Comparaison des facteurs de risque et de protection entre un groupe LGB et un groupe hétérosexuel* a été soumis pour publication à la Revue de psychoéducation. Présentement, les auteures de cet article sont en attente d'une réponse de la part de la revue pour une publication éventuelle. Cet article comprend un résumé, un contexte théorique, la méthodologie (participants, procédures, instruments de mesure), les résultats, la discussion, une brève conclusion, les références et les tableaux des résultats.

Conduites suicidaires antérieures : Comparaison des facteurs de risque et de protection entre un
groupe LGB et un groupe hétérosexuel

Marie-Hélène Létourneau-Picard, Isabel Côté & Monique Séguin

Université du Québec en Outaouais

Note des auteurs

Marie-Hélène Létourneau-Picard, Candidate au D. Psy., Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais; Isabel Côté, Ph. D., Département de travail social, Université du Québec en Outaouais et groupe de recherche Sexualités et Genres : Vulnérabilité, Résilience (SVR); Monique Séguin, Ph. D., Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais et groupe McGill d'études sur le suicide. Vous êtes invités à adresser la correspondance au sujet de cet article à : mh_letourneau@hotmail.com

Cette étude a été menée avec le soutien financier du Fonds Québécois de la Recherche sur la Société et la Culture (FQRSC) via le Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés (RQSHA), ainsi qu'avec le soutien financier de l'équipe de recherche Sexualités et Genres : Vulnérabilité, Résilience (SVR). Les auteures remercient grandement tous les participants qui ont accepté de participer à cette étude. Elles souhaitent également remercier le Dr. Guy Beauchamp pour sa consultation en tant qu'expert.

Conduites suicidaires antérieures : Comparaison des facteurs de risque et de protection entre un groupe LGB et un groupe hétérosexuel

2.2. Introduction

Le suicide est un problème de santé publique majeure. Au niveau international, près d'un million de personnes décèdent chaque année par suicide (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Au Québec, en 2012, le taux de suicide par 100 000 habitants était de 13,3. Concrètement, cela signifie que 1102 Québécois se sont enlevés la vie cette année-là, ce qui représente environ 2% de l'ensemble des décès (Légaré, Gagné, Perron, Tessier & Gamache, 2015). De plus, 4,4% des Québécois auraient effectué au moins une tentative de suicide au cours de leur vie et 0,5% au cours de la dernière année (Fortin & Ruel, 2012). Parmi les gens qui effectuent une tentative de suicide, une plus haute prévalence se retrouve chez les jeunes issus des minorités sexuelles, variant entre 14% et 31% (D'Augelli et al., 2005; Hatzenbuehler, 2011; Igartua, Gill, Montoro, 2003; Marshal et al., 2011; Plöderl et al., 2014; Zhao, Montoro, Igartua, & Thombs, 2010) comparativement à un taux variant entre 4% et 12% parmi les études qui ont recruté des jeunes hétérosexuels (Hatzenbuehler, 2011; Marshal et al., 2011; Plöderl et al., 2014). Cet article vise à apporter un éclairage nouveau en posant un regard auprès des personnes ayant eu des antécédents suicidaires, afin de comparer les facteurs qui augmentent ou diminuent le risque suicidaire des personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles (LGB) en comparaison avec les personnes hétérosexuelles.

2.3. Les facteurs de risque associés à la vulnérabilité suicidaire

Au cours des dernières décennies, plusieurs études ont tenté de mieux cibler les facteurs qui augmentent le risque suicidaire. Au niveau des facteurs cliniques, les variables les plus rapportées dans la littérature sont : la présence d'idéations suicidaires (Borges, Angst, Nock,

Ruscio, & Kessler, 2008), les tentatives de suicide antérieures (Holma et al., 2010), les troubles mentaux (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003) en particulier la dépression (Holma et al., 2010) et les abus de substances (Cavanagh et al., 2003; Kokkevi, Rotsika, Arapaki, & Richardson, 2012). Quant aux variables de nature environnementale, celles les plus souvent identifiées sont les problèmes familiaux ou être issu d'une famille dysfonctionnelle (Kokkevi et al., 2012; Séguin, Lynch, Labelle & Gagnon, 2004), la présence d'abus physiques ou sexuels (Afifi et al., 2008) ou encore la négligence physique et émotionnelle pendant l'enfance (Barbosa et al., 2014).

Certains auteurs tentent d'identifier des schémas développementaux, qui, parmi ces facteurs de risque, pourraient mieux expliquer la vulnérabilité aux conduites suicidaires. McGirr et Turecki (2007) ont proposé un modèle biopsychosocial expliquant le suicide individuel à l'aide de trois composantes : la présence de facteurs distaux, dont des facteurs biologiques ou génétiques et des événements d'adversité précoces durant l'enfance; la présence de facteurs proximaux, dont les événements de vie récents et les troubles de santé mentale; et finalement la présence des modérateurs tels que le genre, les traits de personnalité, les comportements impulsifs ou agressifs et l'abus d'alcool ou de drogues. Enfin, plus récemment certains auteurs attirent également l'attention des chercheurs, des décideurs et des intervenants sur la vulnérabilité suicidaire des groupes à risque et plus spécifiquement les personnes issues de minorités sexuelles dont les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles (King et al., 2008; Marshal et al., 2011; Plöderl et al., 2014; Zhao et al., 2010).

2.4. Les personnes des minorités sexuelles

Il est possible d'identifier quelques groupes qui sont particulièrement plus vulnérables aux conduites suicidaires, dont celui des personnes de minorités sexuelles (King et al., 2008; Plöderl

et al., 2014; Zhao et al., 2010). Les minorités sexuelles représentent un groupe hétérogène qui inclut plusieurs sous-groupes de personnes, dont plusieurs ont une orientation sexuelle différente (homosexuelle, bisexuelle, pansexuel¹, queer²) en plus d'inclure les personnes en questionnement sur leur orientation, les personnes dont l'identité de genre s'éloigne des normes sociales associées à la masculinité ou à la féminité et les personnes transgenres. La théorie du stress minoritaire de Meyer (1995; 2003) postule qu'en raison du statut de minorité, les personnes issues de minorités sexuelles sont exposées à un niveau de stress plus élevé et font face à des stress supplémentaires tels que la sensibilité au rejet, la discrimination, l'homophobie internalisée (i.e. l'intériorisation des préjugés sociaux qui dénigrent et stigmatisent l'orientation homosexuelle ou bisexuelle), ce qui augmente le risque de développer des problèmes de santé mentale chez cette population. En effet, les recherches démontrent qu'en comparaison avec leurs pairs hétérosexuels, les adolescents LGB souffrent plus souvent de problèmes psychologiques (Bostwick, Boyd, Hugues & McCabe, 2010; King et al., 2008), d'anxiété (Bostwick et al., 2010; Spencer & Patrick, 2009), de symptômes dépressifs (Liu & Mustanski, 2012; Warner et al., 2004), des difficultés associées à la présence d'intimidation (Birkett, Espelage & Koenig, 2009; Warner et al., 2004), de consommation de substances (Birkett et al., 2009; King et al., 2008), de tentatives suicidaires (Marshall et al., 2011; Plöderl et al., 2014; Zhao et al., 2010), ont une moins bonne estime d'eux-mêmes (Spencer & Patrick, 2009) et se sentent moins en sécurité lorsqu'ils sont à l'école (Boucher, et al., 2013).

¹ Orientation sexuelle caractérisant des personnes attirées sexuellement et/ou émotionnellement par d'autres individus, sans égard à leur genre ou leur sexe, incluant les personnes transgenres et intergenres.

² Mot anglais référant aux personnes qui se sentent à l'extérieur des normes de la société en matière de sexualité et qui ne désirent pas d'étiquette.

2.5. Les facteurs de risque et de protection chez les LGB

Certains facteurs de risque observés chez la population générale ayant des conduites suicidaires semblent également se retrouver chez les LGB, tels que les antécédents de tentatives suicidaires (Liu & Mustanski, 2012), les troubles de santé mentale dont la dépression et l'abus de substances (Baiocco, Ioverno, Lonigro, Baumgartner & Laghi, 2015; Russell & Toomey, 2013) ainsi que les problèmes familiaux lors de l'adolescence (Grossman & D'Augelli, 2007). En plus de ces facteurs de risque, s'ajouteraient spécifiquement chez la population LGB des facteurs sociaux qui s'accumulent aux facteurs de risque et représentent une source de stress supplémentaire, tels que des expériences d'intimidation, de discrimination ou d'abus verbaux (Liu & Mustanski, 2012; Warner et al., 2004), la perception d'un faible soutien social (Hatzenbuehler, 2011; Liu & Mustanski, 2012) et l'homophobie internalisée (Benibgui, 2011; Weibley, 2010).

D'autre part, certains auteurs ont noté qu'un environnement positif et sécuritaire (Birkett et al., 2009), un sentiment d'appartenance à l'école (Russell & Toomey, 2013), une estime de soi positive (Petit, Chamberland, Richard & Chevrier, 2011), un environnement dans lequel il existe des signes d'ouverture face à la diversité sexuelle (Petit et al., 2011) et un bon réseau de soutien familial et amical (D'Amico, Julien, Tremblay & Chartrand, 2014; Hatzenbuehler, 2011) pourraient diminuer le risque de difficultés psychologiques et subséquemment de conduites suicidaires chez les personnes LGB. Dans le même ordre d'idées, Meyer (2003) révèle que les habiletés de coping au niveau individuel et au niveau de l'utilisation du soutien social au sein de la communauté LGB, le sentiment d'affiliation face à celle-ci et certains facteurs socio-démographiques (p. ex. le revenu) pourraient diminuer l'impact négatif des stressors vécus par les personnes LGB.

2.6. Études comparant les personnes LGB et la population générale quant aux conduites suicidaires

Depuis de nombreuses années, les études qui s'intéressent à la présence de conduites suicidaires chez les personnes LGB comparent généralement les personnes de ce groupe à l'ensemble de la population. Ainsi, les résultats d'études comparatives concluent que la population LGB cumule plus de facteurs de risque que la population hétérosexuelle (Birkett et al., 2009; Hatzenbuehler, 2011; King et al., 2008).

Toutefois, peu d'études ont comparé les personnes LGB suicidaires aux personnes hétérosexuelles également suicidaires. Les études qui ont examiné les idéations suicidaires chez des personnes hétérosexuelles et LGB révèlent cependant peu de différences entre les groupes (Plöderl et al., 2014; Russell & Toomey, 2013). Une première étude réalisée par Plöderl et al. (2014) a comparé la présence d'idéations suicidaires chez un groupe de 255 personnes LGB en comparaison à un groupe de 183 personnes hétérosexuelles, en utilisant un devis d'étude corrélationnel. Les résultats indiquent que l'homophobie internalisée, un âge plus jeune lors du dévoilement de l'orientation sexuelle et des traits agressifs seraient des variables associées à la présence d'idéations suicidaires chez les personnes LGB, comparativement au groupe hétérosexuel de l'échantillon, alors que la religion agirait davantage à titre de protection chez les hétérosexuels. Une seconde étude issue de données épidémiologiques collectées auprès de 14 738 jeunes a comparé les différents facteurs de risque et de protection entre les adolescents LGB et hétérosexuels ayant eu des idéations suicidaires (Russell & Toomey, 2013). Les résultats ont révélé qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes pour plusieurs facteurs de risque (la race, l'immigration, l'indice de masse corporelle, les problèmes de santé mentale et l'abus de substances) ainsi que pour plusieurs facteurs de protection (avoir des

relations familiales de qualité et avoir accès à des personnes qui se soucient d'eux).

Comparativement aux hétérosexuels qui avaient des pensées suicidaires, les facteurs de risque spécifiques aux participants LGB incluent des niveaux plus faibles de désirabilité sociale et de sentiment d'appartenance à l'école. Enfin, les résultats indiquent également un niveau plus élevé de bienveillance (caring) maternelle chez les garçons gais et bisexuels ayant des pensées suicidaires (Russell & Toomey, 2013), sans que les auteurs expliquent ce résultat.

Dans le cadre d'une étude utilisant une méthodologie d'autopsie psychologique sur un échantillon de 51 enfants ou adolescents hétérosexuels décédés par suicide, Renaud, Berlim, Begolli, McGirr et Turecki (2010) ont identifié quatre jeunes LGB parmi leur échantillon. Les résultats révèlent que les individus LGB ressentaient plus de symptômes anxieux et étaient plus nombreux à avoir eu recours à de l'aide professionnelle. Dans le même type d'étude avec une méthode d'autopsie psychologique, Skerrett, Kolves et De Leo (2014) retrouvent plus de symptômes dépressifs, de détresse émotionnelle, de problèmes relationnels ainsi qu'un taux plus élevé de VIH/sida chez les personnes LGB décédés par suicide (n=35), comparativement à un groupe contrôle d'hétérosexuels décédés par suicide (n=105) jumelé selon l'âge et le genre. À notre connaissance, il s'agit des seules études ayant comparé les facteurs de risque et de protection entre un groupe de personnes LGB et un groupe de personnes hétérosexuelles ayant des conduites suicidaires.

En résumé, les résultats actuels des études suggèrent que lorsque comparés à la population générale, les individus LGB semblent cumuler plus de tentatives suicidaires et plus de facteurs de risque face au suicide. Il n'est pas étonnant que l'on identifie ces différences sachant que les personnes LGB peuvent être considérées comme un groupe plus vulnérable aux difficultés psychologiques compte tenu du stress lié au fait de faire partie d'un groupe minoritaire (Bostwick

et al., 2010; King et al., 2008; Liu & Mustanski, 2012). Cependant, lorsque les personnes LGB sont comparées à d'autres personnes également à risque, peu de différences semblent émerger. Étant donné qu'il existe seulement quelques études qui ont comparé un groupe LGB à un groupe hétérosexuel ayant eu des comportements suicidaires, il semble pertinent d'approfondir les connaissances afin de mieux identifier les différences en terme de facteurs de risque et de protection entre des personnes ayant eu des conduites suicidaires chez les personnes LGB et hétérosexuelles.

2.7. Objectif

Cette étude vise à comparer deux groupes de personnes à risque, soit un groupe de personnes LGB à un groupe de personnes hétérosexuelles ayant eu des conduites suicidaires antérieures, afin d'évaluer les différences et les similitudes quant aux facteurs de risque et de protection entre les deux groupes. Dans son ensemble, ce projet a un caractère original, puisque peu d'études comparent les facteurs de risque et de protection chez les personnes LGB suicidaires avec un échantillon de personnes hétérosexuelles suicidaires (Russell & Toomey, 2013). De plus, si la littérature concernant les jeunes LGB suicidaires est plus étoffée, peu de soutien empirique existe à l'égard des adultes LGB ayant des conduites suicidaires (Haas et al., 2011). À notre connaissance, il s'agit également de la première étude de cette nature au Québec.

2.8. Méthodologie

2.8.1. Procédure. En raison de la difficulté à recruter des participants LGB en fonction des critères d'inclusion précis de cette étude et dans le but d'obtenir des participants de toutes les régions du Québec, le recrutement s'est effectué sur Internet pendant une période d'un an. Des organismes œuvrant auprès de personnes LGB et des associations en santé mentale ont publié une annonce électronique pour cette étude sur leur site internet ou encore sur leurs médias sociaux

(Facebook, twitter). Afin d'accroître le nombre de participants, des publicités ont également été effectuées dans certains journaux et au sein d'organismes communautaires.

2.8.2. Participants. Les personnes intéressées à participer à cette étude devaient répondre à un questionnaire auto-administré en ligne. Les critères d'inclusion spécifiaient qu'il fallait que les participants soient québécois, âgés de 14 ans ou plus et aient effectué au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. De mars 2014 à février 2015, 291 personnes ont accédé au site internet où logeait le questionnaire. De ces personnes, 171 ont répondu à la première page au sujet des données sociodémographiques, et 115 participants ont complété le questionnaire. Par la suite, 13 répondants ont été éliminés, soit en raison de l'absence d'une tentative de suicide ou en raison d'un trop grand nombre de réponses incomplètes. Finalement, 102 questionnaires ont été retenus.

Le premier groupe inclut 49 participants LGB québécois dont 34 femmes, 9 hommes et 6 s'identifiant autrement, c'est-à-dire comme transgenres ou comme genre non-binaire (i.e. personne qui ne s'identifie ni homme, ni femme spécifiquement, ou dont l'identité de genre fluctue). Sur le plan de l'orientation sexuelle, 22 personnes sont d'orientation homosexuelle, 19 personnes se qualifient de bisexuelles, deux de queers, un comme pansexuel, un «sans étiquette» et quatre en questionnement. Malgré les différentes réalités que peuvent vivre les personnes des minorités sexuelles, celles-ci ont été regroupées dans le groupe de personnes LGB puisque le nombre ne permettait pas de faire des analyses statistiques avec des sous-groupes distincts. Six hommes de cet échantillon rapportent une identité de genre masculine et trois rapportent une identité de genre androgyne (i.e. personne qui s'identifie comme présentant des caractéristiques à la fois masculines et féminines). Chez les femmes, l'identité de genre est féminine ($n=20$) ou androgyne ($n=14$). Ceux qui s'identifient comme étant transgenres, ou encore en dehors des

catégories binaires homme/femme rapportent une identité féminine ($n=3$) ou androgyne ($n=3$). L'âge des participants se situe entre 15 et 50 ans ($M=28,51$, $E.T.=9,31$). Vingt-quatre personnes s'identifient travailleurs, 20 comme étudiants et cinq disent être à la retraite ou à la maison. La plupart des personnes du groupe LGB ont effectué leur dernière tentative de suicide il y a moins de cinq ans ($n=38$), sept personnes avaient posé ce comportement suicidaire dans les 10 dernières années et quatre participants avaient effectué ce geste il y a plus de 10 ans.

Le deuxième groupe inclut 53 participants hétérosexuels québécois, dont 8 sont des hommes et 45 sont des femmes. Chez les hommes, l'identité de genre rapportée est principalement masculine ($n=6$) ou androgyne ($n=2$). Les femmes rapportent une identité de genre féminine ($n=33$) ou androgyne ($n=12$). Les participants de cet échantillon étaient âgés de 19 à 65 ans ($M=35,51$, $E.T.=13,23$). Vingt-et-une personnes s'identifient comme des travailleurs, 14 comme des étudiants et 18 sont à la retraite ou à la maison. La plupart des hétérosexuels avaient fait leur dernière tentative de suicide il y a moins de cinq ans ($n=44$), six personnes avaient posé ce comportement suicidaire dans les 10 dernières années et trois participants avaient effectué ce geste il y a plus de 10 ans.

2.9. Instruments

2.9.1. Variables sociodémographique. Un questionnaire de dix items permettait de recueillir des informations personnelles (tiré d'un inventaire sociodémographique utilisé par des chercheurs du groupe McGill de recherche sur le suicide). Deux questions sur la perception de masculinité/féminité (adapté d'après Cardoso, 2009) et une question portant sur l'orientation sexuelle ont été ajoutées.

2.9.2. Le questionnaire de soutien social perçu (QSSP; Bruchon-Schweitzer, 2002) a été employé afin d'évaluer la disponibilité des personnes, le type de soutien reçu (estime,

matériel, informatif ou émotionnel), le rapport à la personne disponible (famille, amis, collègues et professionnels) et la satisfaction perçue de ce soutien par le biais d'une échelle de Likert à cinq points. La cohérence interne s'avère satisfaisante ($\alpha = .77$).

2.9.3. L'Inventaire abrégé de la dépression de Beck (Collet & Cottraux, 1986), traduction française validée du « Beck Depression Inventory » (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), comporte 13 items et calcule l'intensité du niveau de dépression. L'instrument possède une forte cohérence interne ($\alpha = .90$).

2.9.4. La version française du questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification test; Gache et al., 2005) est composé de 10 énoncés ayant une forte cohérence interne ($\alpha = .87$) mesurant la consommation d'alcool, les comportements liés à la consommation, les effets néfastes de celle-ci et les problèmes qui en sont découlés.

2.9.5. Données sur le suicide. Les questions concernant les idées suicidaires, les tentatives de suicide et l'âge d'apparition des comportements suicidaires ont été tirées d'une enquête québécoise sur la santé mentale (adapté de Kairouz et al., 2008). Deux questions de nature qualitative ont été ajoutées, soit : «Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à poser un geste suicidaire?» et «Quels sont les motifs qui vous ont incité à ne pas commettre de geste suicidaire?».

2.9.6. Variables reliées à l'orientation sexuelle. Sur une échelle de Likert à cinq points, 14 items ont été présentés afin d'évaluer des difficultés reliées aux préjugés sociaux à l'endroit des orientations sexuelles minorisées. Ces items ont été regroupés en trois thèmes, soit l'homophobie internalisée, les difficultés reliées au processus de dévoilement de l'orientation sexuelle et la présence d'attaques perçues face à l'orientation sexuelle. Ces questions n'ont pas

été validées empiriquement, mais ont été inspirées de *l'Échelle de l'identité gaie et lesbienne* de Mohr et Fassinger (2000).

2.9.7. Le Brief COPE (Carver, 1997) vise à évaluer les stratégies d'adaptation face aux situations stressantes et a été validé chez une population francophone (Muller & Spitz, 2003). L'outil est composé de 28 items évaluant 14 dimensions: le coping actif, la planification, la réinterprétation cognitive, l'acceptation, la religion, la recherche du soutien social, la recherche de soutien instrumental, la distraction, l'humour, le déni, l'expression des sentiments, l'utilisation de substances, le désengagement comportemental et le blâme envers soi. Les items sont évalués sur une échelle Likert à quatre points et la cohérence interne est acceptable (α moyen = 0,68).

2.9.8. L'Échelle d'estime de soi de Rosenberg (1965, traduite en français par Vallières & Vallerand, 1990) comprend 10 items évalués sur une échelle de type Likert à quatre points. La validation francophone possède un coefficient de cohérence interne satisfaisant ($\alpha = 0,89$).

2.9.9. L'Échelle de satisfaction envers la vie (ESV ; Diener, 1985) a été utilisée dans sa version française validée par Blais, Vallerand, Pelletier et Brière (1989). Elle mesure 5 items et a une cohérence interne satisfaisante ($\alpha = 0,79$).

2.9.10. La version française du questionnaire Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT, Niedhammer, David & Degioanni, 2006) a été utilisée afin de mesurer l'intimidation subie au travail ou à l'école dans la dernière année, la durée et la nature celle-ci sous diverses formes : isolement, compromission de l'expression de la personne, déconsidération auprès des collègues, discrédit de la personne dans son travail et compromission de sa santé par la violence. La validité factorielle des 45 items de cet instrument a été faite à partir d'analyses de composantes principales afin d'extraire huit facteurs et à l'aide d'une rotation oblique. Les validités factorielle, convergente et prédictive de cette mesure s'avèrent satisfaisantes dans

l'interprétation des facteurs (la majorité des items ont des poids factoriels supérieurs à 0,40 et les huit facteurs expliquent 38% de la variance).

2.9.11. La version française du Childhood Trauma Questionnaire (CTQ, Paquette, Laporte, Bigras & Zoccolillo, 2004) mesure la négligence émotionnelle et physique, les abus émotionnels physiques et sexuels vécus pendant l'enfance. Les 25 items sont évalués sur une échelle Likert à cinq points où la consistance interne des cinq sous-échelles varie entre 0,68 et 0,91.

2.10. Analyses

2.10.1. Variables quantitatives. Des tests-t avec échantillons indépendants ont d'abord été effectués afin de comparer les données continues obtenues pour plusieurs facteurs de risque et de protection (p. ex. : symptômes dépressifs, consommation d'alcool, stratégies de coping, etc.) entre le groupe LGB et le groupe hétérosexuel. Des khi-carrés ont ensuite été réalisés afin d'évaluer si certaines données catégorielles, telles que le revenu, le niveau d'étude, la présence d'intimidation, etc., étaient plus prévalentes selon le groupe. Un test exact de Fisher a été effectué pour la comparaison «Problèmes liés à l'orientation ou l'identité sexuelle». Tous les tests statistiques ont été effectués avec un seuil d'erreur de type 1 de 5% et les analyses ont été conduites par le logiciel SPSS, version 20.

2.10.2. Variables qualitatives. Deux questions de nature qualitative ont été incluses au questionnaire, soit «Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à poser un geste suicidaire?» et «Quels sont les motifs qui vous ont incité à ne pas commettre de geste suicidaire?». Ces réponses ont été évaluées par le biais d'une analyse par regroupement thématique, visant à dégager un portrait d'ensemble à partir d'un corpus donné (Paillé & Mucchielli, 2010). Ce type d'analyse permet d'interpréter le contenu au moyen de catégories analytiques effectuées a posteriori, c'est-

à-dire en fonction des réponses obtenues, et à partir des fondements théoriques utilisés par les chercheurs (Fallery & Rodhain, 2007). Les résultats obtenus du groupe LGB et du groupe hétérosexuel ont ensuite été comparés en utilisant des regroupements thématiques selon des dimensions protectives et selon des éléments internalisés ou externalisés (Bryan & Rudd, 2012 ; Osman et al., 2004).

2.11. Résultats

2.11.1. Différences obtenues entre le groupe LGB et le groupe hétérosexuel. Les résultats quantitatifs sont présentés au Tableau 1, 2 et 3. Un test-t avec des échantillons indépendants (Tableau 1) a été effectué pour comparer les facteurs de risque et les facteurs de protection entre le groupe LGB et le groupe hétérosexuel. Les résultats des tests-t révèlent une différence significative entre les deux groupes quant à l'âge des participants qui était plus élevé chez les hétérosexuels ($t(100)=3,07; p=,003$), l'âge moyen lors de la première tentative de suicide qui était également plus élevé chez les hétérosexuels ($t(97)=2,58; p=,012$) et l'âge moyen de la dernière tentative de suicide qui était plus bas chez les personnes LGB ($t(95)=2,85; p=,005$). Toutefois, il est à noter que la moyenne d'âge de ce dernier groupe est également plus basse. Les résultats ne révèlent pas de différence significative pour les variables de soutien social, de consommation d'alcool, de symptômes dépressifs, d'estime de soi, de satisfaction envers la vie, de mauvais traitements pendant l'enfance, de l'âge des premières idées suicidaires, de la fréquence de l'intimidation, des 14 variables associées au type de coping utilisé, du revenu et du niveau d'études.

Un test du khi-carré (Tableau 2) a été effectué pour comparer certains facteurs de risque et de protection entre le groupe LGB et le groupe hétérosexuel. Les résultats n'observent pas de différence au niveau de la présence, du type et de la durée d'intimidation dans la dernière année,

de la présence de diagnostic de santé mentale au cours des cinq dernières années, du recours à l'aide professionnelle suite à la dernière tentative de suicide et des stéréotypes de genre.

Un test-t avec des échantillons indépendants (Tableau 3) a été effectué pour comparer les items liés à l'orientation sexuelle entre le groupe LGB et le groupe hétérosexuel. Des résultats significativement plus élevés ont été obtenus par le groupe LGB quant à des questions liées à l'homophobie internalisée, soit «Si je le pouvais, je changerais d'orientation sexuelle» ($t(95)=-5,94; p=,000$), «Je pense que mon orientation sexuelle affecte la façon dont les gens me perçoivent» ($t(95)=-6,38; p=,000$) et «J'ai honte de mon orientation sexuelle» ($t(92)=-3,73; p=,000$), aux difficultés liées au processus de dévoilement de l'orientation sexuelle, soit «Le processus d'acceptation de mon orientation sexuelle a été long et difficile» ($t(92)=-6,88; p=,000$), «Je me suis posée beaucoup de questions face à mon orientation sexuelle» ($t(94)=-5,66; p=,000$), «Plusieurs de mes proches n'ont pas accepté mon orientation sexuelle» ($t(91)=-5,70; p=,000$), «Dans certains milieux de ma vie, je prétends avoir une autre orientation sexuelle» ($t(88)=-6,23; p=,000$) et «Pour éviter des conséquences négatives, j'ai caché mon orientation sexuelle à certaines personnes» ($t(90)=-8,59; p=,000$) ainsi qu'à la présence d'attaques perçues face à l'orientation sexuelle, soit «J'ai été victime d'harcèlement psychologique ou de discrimination à cause de mon orientation sexuelle» ($t(91)=-5,78; p=,000$) et «J'ai été victime d'attaques physiques à cause de mon orientation sexuelle» ($t(89)=-3,84; p=,000$). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes sur les items «J'aurais aimé pouvoir me confier davantage à propos de mes sentiments amoureux, mais je ne suis pas à l'aise d'en parler avec mes proches», «En public, je préfère agir en ami(e) avec mon partenaire plutôt qu'en amoureux(se)», «Je crois qu'un style de vie homosexuel ou bisexuel ne permet pas de s'épanouir autant qu'un style de vie hétérosexuel» et «Je suis fier/fière de mon orientation sexuelle».

2.11.2. Réponses qualitatives sur les facteurs ayant incité le passage à l'acte lors d'une période de crise et ceux ayant évité le passage à l'acte lors d'une autre période de crise. Les participants ont d'abord répondu à une question qui visait à connaître les motifs qui, selon eux, les avaient poussés à effectuer une tentative de suicide. Après la lecture des réponses des participants, plusieurs motifs qui s'apparentent aux facteurs de risque mentionnés dans la littérature ont été énumérés. Ceux-ci pouvaient se distinguer par le fait que des événements se soient déroulés dans l'environnement de l'individu ou par une souffrance internalisée et/ou des pensées douloureuses vécues par la personne (Bryan & Rudd, 2012). Deux axes thématiques ont donc été identifiés, soit la présence de raisons qui ont une dimension internalisée et externalisée. Au total, le groupe LGB a relaté 87 réponses concernant les facteurs ayant motivé le geste suicidaire, tandis que le groupe hétérosexuel en ont énuméré 101. En moyenne pour cette question, deux réponses ont été relatées par participant tant pour le groupe LGB que pour le groupe hétérosexuel. Parmi les raisons internalisées, cinq sous-thèmes ont été identifiés, dont la souffrance psychologique, les troubles de santé mentale, la solitude et l'isolement, les problèmes reliés à l'orientation ou l'identité sexuelle et autres, alors que les raisons externalisées comprennent six sous-thèmes, soient les problèmes familiaux, l'intimidation et les abus, les relations amoureuses, les problèmes financiers, les problèmes reliés au travail ou à l'école, et autres (voir Tableau 4). Quant aux raisons ayant motivé le geste suicidaire, les participants ont nommé plus de facteurs internalisés qu'externalisés. Des tests du khi-carré ont été effectués afin d'évaluer s'il y avait une association significative entre les sous-thèmes étudiés et le type de groupe (LGB ou hétérosexuel). Dans l'ensemble, les tests d'association de ces analyses n'étaient pas significatifs, à l'exception d'une association positive et significative d'amplitude modeste

entre les problèmes reliés à l'orientation ou l'identité sexuelle et le groupe [$\chi^2(1)=4,75, p=,029; \phi=,225, p=,029$].

Les participants ont répondu à une deuxième question de nature qualitative visant à cerner les raisons qui, selon eux, les avaient empêchés à un moment précis d'effectuer une autre tentative de suicide. Les motifs identifiés par les répondants se distinguent par des éléments de protection dans leur environnement ou encore des éléments de protection qui font partie du discours interne de l'individu (Osman et al., 2004), formant ainsi deux axes thématiques : les raisons qui ont une dimension intériorisée et extériorisée. Le groupe LGB a identifié 73 réponses et le groupe hétérosexuel 85, représentant approximativement 1,70 réponse par personne LGB et 1,73 réponse par personne hétérosexuelle. Parmi les raisons internalisées, trois sous-thèmes ont été identifiés, dont la santé psychologique ou le sentiment d'espoir, la peur du geste et autres, tandis que les raisons externalisées comprennent sept sous-thèmes tels que la famille, les relations interpersonnelles, les relations amoureuses, l'aide psychologique, les animaux de compagnie, le travail ou l'école et autres (voir Tableau 5). À l'inverse des facteurs qui ont poussé à effectuer un geste suicidaire, les participants ont nommé plus de raisons externalisées qu'internalisées concernant les facteurs qui les ont empêchés d'effectuer une autre tentative de suicide. Des tests du khi-carré ont été effectués afin d'évaluer si certains sous-thèmes dépendaient du type de groupe (LGB ou hétérosexuel). Les résultats de ces analyses n'étaient pas significatifs.

2.12. Discussion

Cette étude visait à examiner les différents facteurs de risque et de protection face au suicide entre les groupes de participants LGB et hétérosexuels québécois. Les résultats révèlent que les deux groupes ont sensiblement les mêmes facteurs de risque et de protection, et que des différences au niveau des facteurs de risque résident essentiellement sur l'âge de la première

tentative suicidaire ainsi que sur les difficultés reliées aux préjugés sociaux à l'endroit des orientations sexuelles minorisées. Les résultats qualitatifs concordent avec les résultats quantitatifs, puisqu'ils ne révèlent pas de différence significative entre les facteurs de risque et de protection, à l'exception des variables reliées à l'orientation sexuelle. Cela signifie qu'en plus des mêmes facteurs de risque que les hétérosexuels peuvent vivre, les individus LGB rapportent vivre des difficultés associées à l'homophobie internalisée; au processus de dévoilement de l'orientation sexuelle; et aux attaques perçues face à l'orientation sexuelle.

Il est intéressant de constater que les résultats de cette étude indiquent que les seules différences obtenues résident au niveau des difficultés reliées aux préjugés sociaux à l'endroit des orientations sexuelles minorisées. D'autre part, les données épidémiologiques indiquent également que la prévalence de comportements suicidaires est plus élevée chez les personnes LGB que chez les personnes hétérosexuelles (Hatzenbuehler, 2011; Marshal et al., 2011; Plöderl et al., 2014), il est donc possible d'expliquer ces résultats à la lumière de la théorie du stress minoritaire développée par Meyer (1995; 2003). Rappelons que cette théorie postule qu'en raison du statut de minorité, les personnes LGB sont exposées à un niveau de stress plus élevé et font face à des stress supplémentaires tels que l'homophobie internalisée, la sensibilité au rejet et la discrimination (Meyer, 1995; 2003). Le fait de faire partie d'un groupe minoritaire peut représenter une source de stress psychologique récurrente dans l'environnement des personnes LGB, et a été associé par plusieurs auteurs à un risque accru de développer un problème de santé mentale ou des pensées suicidaires (Feinstein, Wadsworth, Davila & Goldfried, 2014; Lewis, 2009; Wong, Schrage, Holloway, Meyer & Kipke, 2014). De plus, des études ont fait le lien entre l'une des composantes du stress minoritaire, l'homophobie internalisée, avec les

symptômes dépressifs (Benibgui, 2011; Igartua et al., 2003; Newcomb & Mustanski, 2010) et les comportements suicidaires (Plöderl et al., 2014; Weibley, 2010).

D'ailleurs, il est possible qu'en raison des conséquences du statut minoritaire qui peuvent émerger dès l'enfance, les résultats de cette étude suggèrent que les personnes LGB commencent à développer une vulnérabilité à un moment de leur vie qui est plus hâtif que les individus hétérosexuels. Ces résultats vont dans le même sens que d'autres études qui remarquent que le niveau de détresse psychologique est accru chez les jeunes LGB en comparaison avec les jeunes hétérosexuels (Boucher et al., 2013; Wong et al., 2014), de même que le risque suicidaire (Birkett et al., 2009; King et al., 2008; Warner et al., 2004). Ce risque semblerait particulièrement plus élevé lorsque le dévoilement de l'orientation sexuelle se réalise en bas âge (Corliss et al., 2009; D'Augelli et al., 2005) ainsi que lors du moment du dévoilement de l'orientation sexuelle à la famille proche (Igartua et al., 2003).

En dépit des résultats obtenus, de façon générale, peu de différences significatives ont été retrouvées dans les facteurs de risque communs au groupe hétérosexuel et au groupe LGB, tandis qu'aucune différence significative n'a été retrouvée par rapport aux facteurs de protection. Cette absence de différence révèle que les éléments qui peuvent augmenter la vulnérabilité d'une personne ou augmenter sa protection sont sensiblement les mêmes chez les individus, sans égard à leur orientation sexuelle. D'autres études ont également identifié plusieurs facteurs de risque et de protection communs entre les individus hétérosexuels et les individus LGB qui ont eu des idées suicidaires (Plöderl et al., 2014; Russell & Toomey, 2013). Cette étude n'a toutefois pas obtenu les mêmes résultats que la recherche australienne de Skerrett et al. (2014), qui avaient révélé plus de symptômes dépressifs, de détresse émotionnelle et de problèmes relationnels chez les personnes LGB décédées par suicide. Ces disparités dans les résultats pourraient s'expliquer

par la culture différente au sein des participants des deux études ou encore par la nature du geste suicidaire, car il est possible que les personnes décédées à la suite d'un suicide cumulent plus de troubles mentaux que les personnes ayant fait une tentative de suicide antérieure.

2.12.1 Limites

Il est important de reconnaître que cette étude comporte des limites méthodologiques. Étant donné le critère de recherche qui demandait aux participants québécois, hétérosexuels ou LGB, d'avoir effectué une tentative de suicide dans le passé, le nombre de participants par groupe est peu élevé. Plus précisément, il aurait été intéressant de recruter plus d'hommes afin d'avoir des groupes plus homogènes au niveau du genre. Les résultats doivent donc être interprétés avec précaution et ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population.

De plus, l'orientation sexuelle était uniquement basée sur l'auto-identification du participant, ce qui constitue une limite importante, puisque plusieurs personnes qui s'identifient comme étant hétérosexuelles rapportent également des comportements ou des fantaisies sexuels avec des personnes du même sexe (Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994; Zhao et al., 2010). Toutefois, les mesures liées à l'identification de l'orientation sexuelle ont toutes des limites en fonction de la longueur du questionnaire et en fonction de l'absence d'intégration des différents termes employés au sein des minorités sexuelles (queer, pansexuel, en questionnement, autres). Cette étude a regroupé toutes les personnes issues de minorités sexuelles dans un groupe, en incluant non seulement les participants LGB, mais aussi les personnes en questionnement, queer, pansexuelles et transgenres qui peuvent faire face à des défis uniques. Cependant, les personnes transgenres de l'étude s'identifiaient toutes comme ayant une orientation homosexuelle ou bisexuelle. Cette étude a également utilisé des items isolés sur des questions liées à l'orientation sexuelle (dont certaines s'apparentent à des construits d'homophobie internalisée)

puisque aucune échelle francophone validée ne pouvait s'appliquer à l'échantillon visé, posant ainsi une limite au niveau des qualités méthodologiques de ces questions. En dépit de ces limites, l'échantillon comprend une grande participation de personnes bisexuelles, souvent en petit nombre dans les études sur les minorités sexuelles (De Graaf et al., 2006). Cette étude permet d'avoir des données au sujet de participants plus difficiles à identifier, soit les individus LGB ayant effectué une tentative de suicide, et permet de générer des résultats utiles face à la compréhension du suicide chez cette population.

2.12.2. Implications pour la recherche et la pratique

Il serait intéressant de répliquer les résultats obtenus avec un plus grand nombre de participants, afin de pouvoir augmenter la validité externe des résultats obtenus et d'évaluer les facteurs de risque et de protection en fonction des diverses orientations sexuelles. Les recherches futures pourraient également porter sur les personnes transgenres et les personnes en questionnement sur leur orientation sexuelle, car ces personnes se retrouvent souvent en trop petit nombre dans les études. Enfin, des études futures pourraient être longitudinales afin de mieux comprendre les défis auxquels les personnes LGB font face à différents moments de leur vie tout en évaluant les facteurs de protection qui sont susceptibles d'augmenter le bien-être psychologique.

Au niveau clinique, trois types d'intervention devraient être privilégiées dans le but de diminuer les impacts négatifs liés au stress minoritaire, soit des plans d'intervention dans un cadre individuel, de groupe et des stratégies de prévention provinciale. Il serait utile de développer des mesures de soutien individuel aux personnes LGB dans le but de diminuer l'homophobie internalisée, les difficultés rencontrées dans le processus de dévoilement de l'orientation sexuelle et de contribuer à modifier les perceptions négatives de l'individu face à

son orientation sexuelle. Les intervenants qui œuvrent auprès des personnes LGB devraient également prendre en considération les facteurs de risque qui s'appliquent aux hétérosexuels dans leur évaluation du risque suicidaire et porter attention aux propos suicidaires chez les jeunes LGB, puisque l'étude révèle que ceux-ci font des tentatives de suicide à un âge moyen plus bas que les hétérosexuels. De plus, des groupes d'entraide dans les écoles, mais aussi au sein des entreprises afin de cibler les travailleurs LGB de tout âge semblent pertinents. Sur le plan régional et provincial, des stratégies de prévention pour diminuer la discrimination et les préjugés envers les personnes homosexuelles, bisexuelles ou dont l'expression de genre diffère de la majorité semblent toujours pertinentes, et ce, chez tous les groupes d'âge.

2.13. Conclusion

Les résultats révèlent que l'importance des conduites suicidaires chez les personnes LGB semble s'expliquer par un cumul de facteurs de risque, en plus du stress supplémentaire qui est suscité par le fait de faire partie d'une minorité. Ainsi, les facteurs de risque souvent associés à la vulnérabilité suicidaire chez les individus LGB, tels qu'un faible soutien social ou la présence d'intimidation, sont également des facteurs qui sont présents dans la vie des personnes hétérosexuelles qui ont eu des comportements suicidaires. Cette étude est novatrice dans le sens que peu de recherches comparent les facteurs de risque et les facteurs de protection des personnes LGB avec un échantillon de personnes hétérosexuelles ayant eu des conduites suicidaires, permettant ainsi de mieux comprendre la problématique du suicide chez les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles québécoises.

Références

- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J. G., Stein, M. B., & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health, 98*(5), 946-952. doi: 10.2105/AJPH.2007.120253
- Baiocco, R., Ioverno, S., Lonigro, A., Baumgartner, E., & Laghi, F. (2015). Suicidal Ideation among Italian and Spanish Young Adults: The Role of Sexual Orientation. *Archives of Suicide Research, 19*(1), 75-88. doi: 10.1080/13811118.2013.833150
- Barbosa, L. P., Quevedo, L., da Silva, G. D. G., Jansen, K., Pinheiro, R. T., Branco, J., ... da Silva, R. A. (2014). Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14–35 years in southern Brazil. *Child Abuse & Neglect, 38*(7), 1191-1196. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.02.008
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Benibgui, M. (2011). Mental health challenges and resilience in lesbian, gay, and bisexual young adults: Biological and psychological internalization of minority stress and victimization. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 71*(12-B), 7715.
- Birkett, M., Espelage, D. L., & Koenig, B. (2009). LGB and questioning students in schools: The moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative outcomes. *Journal of Youth and Adolescence, 38*(7), 989-1000. doi: 10.1007/s10964-008-9389-1

- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'Échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française du « Satisfaction with Life Scale ». *Revue canadienne de sciences comportementales*, 21(2), 210-223. doi: 10.1037/h0079854
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., & Kessler, R. C. (2008). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 25-33. doi: 10.1016/j.jad.2007.01.036
- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., & McCabe, S. E. (2010). Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *American Journal of Public Health*, 100(3), 468-475. doi: 10.2105/AJPH.2008.152942
- Boucher, K., Blais, M., Hébert, M., Gervais, J., Banville-Côté, C., Bédard, I., ... Équipe de recherche PAJ. (2013). La victimisation homophobe et liée à la non-conformité de genre et l'adaptation scolaire et psychosociale chez les 14-22 ans : Résultats d'une enquête québécoise. *Recherches et éducatives*, 8, 83-98.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris : DUNOD.
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2012). Life stressors, emotional distress, and trauma-related thoughts occurring in the 24 h preceding active duty U.S. Soldiers' suicide attempts. *Journal of Psychiatric Research*, 46(7), 843-848. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.03.012
- Cardoso, F. L. (2009). Similar faces of same-sex sexual behavior: A comparative ethnographical study in Brazil, Turkey, and Thailand. *Journal of Homosexuality*, 56(4), 457-484. doi: 10.1080/00918360902816866

- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405. doi: 10.1017/S0033291702006943
- Collet, L., & Cottraux, J. (1986). Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items): Étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 12(2), 77-79.
- Corliss, H. L., Cochran, S. D., Mays, V. M., Greenland, S., & Seeman, T. E. (2009). Age of Minority Sexual Orientation Development and Risk of Childhood Maltreatment and Suicide Attempts in Women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 511-521. doi: 10.1037/a0017163
- D'Amico, E., Julien, D., Tremblay, N., & Chartrand, E. (2015). Gay, Lesbian, and Bisexual Youths Coming Out to Their Parents: Parental Reactions and Youths' Outcomes. *Journal of GLBT Family Studies*, 11(5), 411-437. doi: 10.1080/1550428X.2014.981627
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Salter, N. P., Vasey, J. J., Starks, M. T., & Sinclair, K. O. (2005). Predicting the suicide attempts of lesbian, gay, and bisexual youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 646-660. doi: 10.1521/suli.2005.35.6.646
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13

- Fallery, B., & Rodhain, F. (2007). *Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique*. Consulté de <https://hal.cirad.fr/hal-00821448/document>
- Feinstein, B. A., Wadsworth, L. P., Davila, J., & Goldfried, M. R. (2014). Do parental acceptance and family support moderate associations between dimensions of minority stress and depressive symptoms among lesbians and gay men? *Professional Psychology: Research and Practice, 45*(4), 239-246. doi: 10.1037/a0035393
- Fortin, D., & Ruel, S. (2012). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoul, S., & Wenger, O. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 29*(11), 2001-2007. doi: 10.1097/01.alc.0000187034.58955.64
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(5), 527-537. doi: 10.1521/suli.2007.37.5.527
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., & D'Augelli, A. R. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality, 58*(1), 10-51. doi: 10.1080/00918369.2011.534038
- Hatzenbuehler, M. L. (2011). The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. *Pediatrics, 127*(5), 896-903. doi: 10.1542/peds.2010-3020
- Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A. K., Sokero, T. P., & Isometsä, E. T. (2010). Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive

disorder: A five-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 801-808. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09050627

Igartua, K. J., Gill, K., & Montoro, R. (2003). Internalized homophobia: A factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 22(2), 15-30.

Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(70). doi: 10.1186/1471-244X-8-70

Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2012). Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), 381-389. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02457.x

Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.

Légaré, G., Gagné, M., Perron, P.-A., Tessier, M., & Gamache, P. (2015). *La mortalité par suicide au Québec: 1981 à 2012. Mise à jour 2015*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

- Lewis, N. M. (2009). Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health & Place, 15*(4), 1029-1045. doi: 10.1016/j.healthplace.2009.05.003
- Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine, 42*(3), 221-228. doi: 10.1016/j.amepre.2011.10.023
- Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., & McGinley, J. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health, 49*(2), 115-123. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.02.005
- McGirr, A., & Turecki, G. (2007). The relationship of impulsive aggressiveness to suicidality and other depression-linked behaviors. *Current Psychiatry Reports, 9*(6), 460-466.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior, 36*, 38-56. doi: 10.2307/2137286
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in LGB populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*, 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Mohr, J., & Fassinger, R. (2000). Measuring dimension of lesbian and gay male experience. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 33*(2), 66-90.
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping: Validation du Brief COPE sur une population française. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 29*(6), 507-518.

- Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 1019–1029. doi: 10.1016/j.cpr.2010.07.003
- Niedhammer, I., David, S., & Degioanni, S. (2006). La version française du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail: le "Leymann Inventory of Psychological Terror" (LIPT). *Revue d'Épidémiologie et de santé publique, 54*, 245-262. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.03.051
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Action de santé publique pour la prévention du suicide*. Consulté le 15 juin 2015 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112853/1/9789242503579_fre.pdf?ua=1
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X., & Kopper, B. A. (2004). Suicide resilience inventory-25: Development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports, 94*(3), 1349-1360. doi: 10.2466/PR0.94.3.1349-1360
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2e éd. Paris : Armand Colin.
- Paquette, D., Laporte, D., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec, 29*(1), 201-220. doi: 10.7202/008831ar
- Petit, M.-P., Chamberland, L., Richard, G., & Chevrier, M. (2011). Jeunes de minorités sexuelles victimes d'homophobie en milieu scolaire : quels facteurs de protection? *Revue canadienne de santé mentale communautaire, 30*(2), 13-29.
- Plöderl, M., Sellmeier, M., Fartacek, C., Pichler, E.-M., Fartacek, R., & Kralovec, K. (2014). Explaining the suicide risk of sexual minority individuals by contrasting the minority

stress model with suicide models. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1559-1570. doi: 10.1007/s10508-014-0268-4

Renaud, J., Berlim, M. T., Begolli, M., McGirr, A., & Turecki, G. (2010). Sexual orientation and gender identity in youth suicide victims: An exploratory study. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 55(1), 29-34.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ : University Press.

Russell, S. T., & Toomey, R. B. (2013). Risk and protective factors for suicidal thoughts among sexual minority youth: Evidence from the add health study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 17(2), 132-149. doi: 10.1080/19359705.2012.753398

Séguin, M., Lynch, J., Labelle, R., & Gagnon, A. (2004). Personal and family risk factors for adolescent suicidal ideation and attempts. *Archives of Suicide Research*, 8(3), 227-238. doi: 10.1080/13811110490444379

Skerrett , D. M., Kølves , K., & De Leo , D. (2014). Suicides among lesbian, gay, bisexual, and transgender populations in Australia: An analysis of the Queensland Suicide Register. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6, 440-446. doi: 10.1111/appy.12128

Spencer, S. M., & Patrick, J. H. (2009). Social Support and Personal Mastery as Protective Resources During Emerging Adulthood. *Journal of Adult Development*, 16, 191-198. doi: 10.1007/s10804-009-9064-0

Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'Échelle de l'Estime de Soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25(3), 305-316. doi: 10.1080/00207599008247865

Warner, J., McKeown, É., Griffin, M., Johnson, K., Ramsay, A., & Cort, C. (2004). Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women: Results

from a survey based in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 185(6), 479-485. doi: 10.1192/bjp.185.6.479

Weibley, S. M. (2010). Creating a scale to measure internalized homophobia among self-identified lesbians. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 70(10-B), 6106.

Wong, C. F., Schragger, S. M., Holloway, I. W., Meyer, I., & Kipke, M. D. (2014). Minority stress experiences and psychological well-being: The impact of support from and connection to social networks within the Los Angeles House and Ball communities. *Prevention Science*, 15(1), 44-55. doi: 10.1007/s11121-012-0348-4

Zhao, Y., Montoro, R., Igartua, K., & Thombs, B. D. (2010). Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting "unsure" sexual identity or heterosexual identity plus same-sex attraction or behavior: Forgotten groups? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 104-113. doi: 10.1097/00004583-201002000-00004

Tableau 1

Statistiques descriptives et tests-t

	Groupe GLB (n=49)		Groupe Hétérosexuel (n=53)		<i>p</i>
	Moyenne	É. T.	Moyenne	É. T.	
<i>Variable socio-démographique</i>					
Âge	28,51	9,31	35,51	13,23	,003
<i>Variabes sociables</i>					
Soutien de la famille	9,55	5,55	9,70	7,70	<i>N.S.</i>
Soutien des amis	9,86	5,81	9,23	6,42	<i>N.S.</i>
Soutien des collègues	4,47	5,92	3,13	5,33	<i>N.S.</i>
Soutien professionnel	6,51	6,60	8,28	6,91	<i>N.S.</i>
Satisfaction de soutien	30,39	18,24	30,34	18,83	<i>N.S.</i>
Disponibilité du soutien	18,04	11,88	18,23	10,89	<i>N.S.</i>
<i>Difficultés psychologiques</i>					
Consommation	8,53	9,63	6,81	7,99	<i>N.S.</i>
Symptômes dépressifs	15,45	9,12	14,47	8,43	<i>N.S.</i>
<i>Bien-être psychologique</i>					
Satisfaction envers la vie	14,51	6,89	16,04	8,11	<i>N.S.</i>
Estime de soi	23,94	7,05	23,62	7,55	<i>N.S.</i>
<i>Mauvais traitements (enfance)</i>					
Négligence émotionnelle	16,06	5,30	15,47	5,47	<i>N.S.</i>
Abus émotionnel	14,47	6,46	13,81	6,46	<i>N.S.</i>
Abus physique	9,47	5,40	9,29	5,20	<i>N.S.</i>
Abus sexuel	10,37	6,89	10,65	6,13	<i>N.S.</i>
Négligence physique	9,24	4,40	8,94	4,68	<i>N.S.</i>
<i>Variabes sur le suicide</i>					
Âge - Premières idées suicidaires	14,49	6,08	17,79	11,41	<i>N.S.</i>
Âge - Première tentative de suicide	19,31	7,25	25,24	14,00	,012
Âge - Dernière tentative de suicide	25,49	9,07	32,29	13,62	,005
Nombre de tentatives de suicide	3,96	4,87	3,70	3,81	<i>N.S.</i>

Test t : * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Tableau 2

Fréquences observées sur l'intimidation dans la dernière année

	GLB (n=49)		Hétérosexuel (n=53)		Total (n=102)	
Présence d'intimidation						
Aucune	n= 23	%=46,94	n= 27	%=50,94	n= 50	%=49,02
Dans le passé	n= 13	%=26,53	n= 20	%=37,74	n= 33	%=32,35
Présentement	n= 13	%=26,53	n= 6	%=11,32	n= 19	%=18,63
Exposition à l'intimidation dans les relations						
Oui	n= 27	%=55,10	n= 24	%=45,28	n= 51	%=50,00
Non	n= 22	%=44,90	n= 29	%=54,72	n= 51	%=50,00
Exposition à l'intimidation par l'isolement						
Oui	n= 19	%=38,78	n= 13	%=24,53	n= 32	%=31,37
Non	n= 30	%=61,22	n= 40	%=75,47	n= 70	%=68,63
Exposition à l'intimidation en discréditant la personne dans son travail						
Oui	n= 15	%=30,61	n= 18	%=33,96	n= 33	%=32,35
Non	n= 34	%=69,39	n= 35	%=66,04	n= 69	%=67,65
Exposition à l'intimidation en déconsidérant la personne auprès de ses collègues						
Oui	n= 28	%=57,14	n= 30	%=56,60	n= 58	%=56,86
Non	n= 21	%=42,86	n= 23	%=43,40	n= 44	%=43,14
Exposition à l'intimidation par de la violence physique						
Oui	n= 9	%=18,37	n= 12	%=22,64	n= 21	%=20,59
Non	n= 40	%=81,63	n= 41	%=77,36	n= 81	%=79,41
Durée de l'exposition à l'intimidation						
Aucune exposition	n= 26	%=53,06	n= 33	%=62,26	n= 59	%=57,84
2 ans et moins	n= 8	%=16,33	n= 10	%=18,87	n= 18	%=17,65
3 ans et plus	n= 15	%=30,61	n= 10	%=18,87	n= 25	%=24,51

Tableau 3

Tests-t sur les items reliés à l'orientation sexuelle

	Groupe GLB (n=49)		Groupe Hétérosexuel (n=53)		<i>p</i>
	Moyenne	É. T.	Moyenne	É. T.	
<i>Homophobie internalisée</i>					
1. Si je le pouvais, je changerais d'orientation sexuelle	2,35	1,29	1,20	0,49	,000
2. En public, je préfère agir en ami(e) avec mon partenaire plutôt qu'en amoureux(se)	1,98	1,10	1,64	1,12	<i>N.S.</i>
3. Je pense que mon O. S. affecte la façon dont les gens me perçoivent	2,88	1,45	1,30	,84	,000
4. J'ai honte de mon O. S.	1,69	1,06	1,09	,29	,000
5. Je crois qu'un style de vie homosexuel ou bisexuel ne permet pas de s'épanouir autant qu'un style de vie hétérosexuel	1,89	1,29	1,48	1,05	<i>N.S.</i>
6. Je suis fier/fière de mon O. S.	3,70	1,26	3,85	1,37	<i>N.S.</i>
<i>Difficultés reliées au processus de dévoilement de l'O. S.</i>					
7. J'aurais aimé pouvoir me confier davantage à propos de mes sentiments amoureux, mais je ne suis pas à l'aise d'en parler avec mes proches	2,79	1,47	2,67	1,60	<i>N.S.</i>
8. Le processus d'acceptation de mon O. S. a été long et difficile	3,29	1,62	1,39	,95	,000
9. Je me suis posé(e) beaucoup de questions face à mon O. S.	3,82	1,52	2,11	1,43	,000
10. Plusieurs de mes proches n'ont pas accepté mon O. S.	2,43	1,43	1,15	,52	,000
11. Dans certains milieux de ma vie, je prétends avoir une autre O. S.	2,66	1,61	1,13	,40	,000
12. Pour éviter des conséquences négatives, j'ai caché mon O. S. à certaines personnes	3,20	1,53	1,15	,52	,000

Tableau 3

Tests-t sur les items reliés à l'orientation sexuelle (suite)

	Groupe GLB (n=49)		Groupe Hétérosexuel (n=53)		<i>p</i>
	Moyenne	É. T.	Moyenne	É. T.	
<i>Attaques perçues face à l'orientation sexuelle</i>					
13. J'ai été victime d'harcèlement psychologique ou de discrimination à cause de mon O. S.	2,64	1,70	1,13	,50	,000
14. J'ai été victime d'attaques physiques à cause de mon O. S.	1,93	1,47	1,09	,29	,000

Note. L'étendue théorique est de 1 à 5 pour tous les items. Test t : * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Tableau 4

Raisons relatives par les participants pour avoir fait une tentative de suicide

Raisons	LGB		Hétéros		Total de réponses n	p
	n	%	n	%		
	44		50			
Raisons intériorisées	51		56		107	
Souffrance psychologique	25	56,82	31	62,00	56	N.S.
Troubles de santé mentale	11	25,00	13	26,00	24	N.S.
Solitude/Isolement	11	25,00	11	22,00	22	N.S.
Problèmes liés à l'orientation ou l'identité sexuelle	4	9,10	0	0,00	4	,029
Autres (ex : impulsivité)	0	0,00	1	2,00	1	N.S.
Raisons extériorisées	35		45		80	
Problèmes familiaux	7	15,91	12	24,00	19	N.S.
Intimidation et abus	7	15,91	6	12,00	13	N.S.
Relations amoureuses	9	20,45	12	24,00	21	N.S.
Problèmes financiers	5	11,36	6	12,00	11	N.S.
Problèmes liés au travail ou à l'école	5	11,36	6	12,00	11	N.S.
Autres (ex: problèmes relationnels, pertes)	2	4,55	3	6,00	5	N.S.
Total	86		101		187	

Note. Khi-carré : * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Tableau 5

Raisons relatées par les participants pour NE PAS avoir fait une autre tentative de suicide

Raisons	LGB		Hétéros		Total de réponses n	p
	n	%	n	%		
	43		48			
Raisons intériorisées	24		24		48	
Santé psychologique et sentiment d'espoir	12	27,91	15	31,25	27	N.S.
Peur du geste	9	20,93	8	16,67	17	N.S.
Autres (ex : avoir peur de paraître lâche)	3	6,98	1	2,08	4	N.S.
Raisons extériorisées	49		61		110	
Famille	21	48,84	25	52,08	46	N.S.
Relations interpersonnelles	14	32,56	15	31,25	29	N.S.
Relations amoureuses	6	13,95	4	8,33	10	N.S.
Aide psychologique	2	4,65	4	8,33	6	N.S.
Animaux de compagnie	4	9,30	5	10,42	9	N.S.
Travail ou école	2	4,65	5	10,42	7	N.S.
Autres (ex: testament qui n'est pas à jour)	0	0,00	3	6,25	3	N.S.
Total	73		85		158	

CHAPITRE III

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cet essai doctoral visait à comparer les facteurs qui augmentent et diminuent la vulnérabilité face au suicide entre deux groupes à risque, soit un groupe de participants lesbiennes, gais et bisexuels et un groupe de participants hétérosexuels qui ont effectué au moins une tentative de suicide antérieure. En fonction des facteurs de risque et de protection les plus étudiés dans la littérature, des instruments de mesure de langue française ont été choisis afin de comparer les facteurs de risque et de protection entre les deux groupes de participants. Des analyses qualitatives et quantitatives ont été effectuées. Cette étude a permis de constater que les facteurs de risque et de protection chez des individus qui ont effectué une tentative de suicide sont sensiblement les mêmes, et ce, malgré une orientation sexuelle différente. Les seules variables qui ressortent sont les difficultés reliées aux préjugés sociaux à l'endroit des orientations sexuelles minorisées (homophobie internalisée, difficultés lors du processus du dévoilement de l'orientation sexuelle et attaques perçues face à l'orientation sexuelle). Les résultats démontrent également que l'âge de la première tentative de suicide est plus bas chez les personnes LGB.

Cet essai doctoral permet donc de croire que les taux élevés en termes de conduites suicidaires chez les personnes LGB s'expliquent par un cumul de facteurs de risques tels que ceux qui se retrouvent dans la population générale. Toutefois, en plus de ces derniers, les individus homosexuels et bisexuels font face à des stress supplémentaires qui sont suscités par le fait de faire partie d'une minorité. Ces résultats rejoignent ainsi les résultats obtenus par Liu et Mustanski (2012) ainsi que la théorie sur le stress minoritaire développée par Meyer (1995; 2003). Ils reflètent également l'importance de poursuivre les efforts dans la lutte contre

l'homophobie et sur la recherche auprès de ces populations. Enfin, cette étude souligne l'importance des facteurs qui militent en vue d'augmenter la protection à l'égard de la vulnérabilité suicidaire chez les personnes homosexuelles et bisexuelles. Ces éléments sont, par exemple : la présence de groupes qui offrent du soutien aux personnes LGB et l'application de politiques contre l'homophobie qui favorisent également une diminution des facteurs de risque spécifiques aux personnes de minorités sexuelles, tels que la discrimination (Goodenow et al., 2006; Petit et al., 2011).

3.1. Recrutement des personnes des minorités sexuelles

Il y a quelques décennies, les chercheurs ont commencé à s'intéresser aux personnes de minorités sexuelles dans le cadre de leurs études. Depuis, de maintes recherches ont été élaborées et ont permis de mieux comprendre différentes réalités vécues par les personnes des minorités sexuelles. Toutefois, comme il s'agit d'un domaine d'études relativement nouveau, les recherches sur le sujet permettent sans cesse d'amener des résultats novateurs qui peuvent également intéresser les cliniciens.

L'une des raisons pour lesquelles les études sont précieuses dans ce domaine de recherche est liée à la difficulté de recueillir les données. Puisque les personnes LGB constituent environ 3 à 10% de la population (Birkett et al., 2009; King et al., 2008; Zhao et al., 2010), qu'il s'agit d'individus qui ne se distinguent pas physiquement et qui ne se retrouvent pas dans des endroits précis, le recrutement peut s'avérer être un travail long et ardu. Afin de contrer cette problématique, Bowen, Williams et Horvath (2004) rapportent qu'Internet peut être un bon outil pour recruter un plus grand nombre de personnes issues des minorités sexuelles, particulièrement pour ceux résidant dans des milieux ruraux. De plus, il n'y aurait pas de différences significatives concernant les données socio-démographiques entre un échantillon recruté par Internet ou de

façon plus conventionnelle. Dans cet essai doctoral, parce que les critères exigeaient que les participants LGB aient effectué au moins une tentative de suicide, les personnes admissibles à cette étude se retrouvaient peu nombreuses et difficiles à recruter. De plus, encore faut-il que celles-ci éprouvent le désir de partager leur vécu face à leur dernière tentative de suicide, car cela peut susciter des émotions douloureuses pour les participants. Afin de rejoindre le plus grand nombre de personnes admissibles et afin de recruter des participants venant de plusieurs régions du Québec, la collecte de données s'est effectuée sur une période d'environ un an au moyen d'un questionnaire offert en ligne (LimeSurvey).

3.2. Éthique

En lien avec la nature délicate de ce projet, une grande importance a été accordée aux valeurs éthiques. Pour ce faire, les chercheuses se sont posées des questions déontologiques et ont consulté certaines études qui ont soulevé des problèmes d'éthique lors de la complétion de questionnaires en ligne par des participants vulnérables face au suicide. L'une de ces études effectuée auprès de personnes ayant des pensées suicidaires révèle que les participants se sentaient peu supportés après avoir répondu à un questionnaire en ligne sur le suicide (Gibson, Boden, Benson & Brand, 2014). Tout au long du questionnaire, des numéros de références pour des lignes de prévention de crise ont donc été mis à la disposition des participants, soient la ligne pour la prévention du suicide au Québec, l'Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS), l'Association internationale de prévention pour le suicide (IASP) et Gai Écoute. Les participants étaient également avisés qu'ils n'étaient pas tenus de terminer le questionnaire, que des professionnels pouvaient les aider s'ils traversaient un moment éprouvant ou si les questions faisaient émerger des émotions difficiles à gérer. Avant de débiter le questionnaire, un formulaire de consentement a informé les participants de l'objectif de cette étude, de la durée du

questionnaire et des risques psychologiques que pouvait comporter l'étude. De plus, un questionnement face à l'anonymat des participants a été soulevé, puisque le fait de donner son nom peut avoir un impact sur la sécurité du participant, mais aussi sur son consentement à vouloir participer à une étude (Sharkey et al., 2011). Les participants de l'étude de Gibson et al. (2014) rapportaient qu'il était important de pouvoir garder l'anonymat afin de partager des expériences qui sont reliées au suicide. Dans le cadre de ce projet doctoral, les noms des participants n'ont donc pas été demandés.

Néanmoins, lorsque le recueil de données s'effectue par le biais d'Internet, il est impossible de savoir quelle est la vulnérabilité actuelle des participants face au suicide et quel sera l'impact du questionnaire sur leur bien-être psychologique. En tant que chercheur, il importe de rester disponible pour ceux qui se sont intéressés à cette étude ainsi que d'être vigilant quant aux réponses obtenues. Dans la présente étude, pour quelque besoin que ce soit, le courriel de la chercheuse était donné au début et à la fin du questionnaire. Quelques courriels de détresse ont été envoyés à la chercheuse, où les gens ont exprimé leur souffrance, leur désir d'obtenir de l'aide ou encore leurs émotions vécues suite à la passation partielle ou complète du questionnaire. Des courriels personnalisés en fonction du message d'origine ont été envoyés aux participants, en y incluant des références pertinentes aux organismes de soutien appropriés selon la problématique de la personne ainsi que des reflets empathiques face aux situations partagées. Afin de répondre rapidement aux participants, la chercheuse a visité l'adresse courriel donnée chaque jour et s'est également assurée de protéger la confidentialité des courriels obtenus. Les stratégies qui ont été employées sont également documentées dans la littérature pour les études qui recrutent une population vulnérable (Sharkey et al., 2011).

3.3. Recherches futures chez les personnes des minorités sexuelles

Dans les études portant sur les personnes de minorités sexuelles, les participants lesbiennes, gais et bisexuels sont souvent ceux qui représentent la majorité de ce groupe (De Graaf et al., 2006; King et al., 2008; Riggle et al., 2010). Or, il est observé que peu d'études peuvent comparer, à l'aide de groupes distincts, les personnes transgenres, les personnes en questionnement sur leur orientation sexuelle ou sur leur identité de genre ainsi que les personnes pansexuelles, queers, et même bisexuelles (Heatherington, & Lavner, 2008; Saewyc & al., 2009). Ces sous-groupes, qui se retrouvent fréquemment en trop petit nombre dans les études, commencent toutefois à susciter l'intérêt des chercheurs. Par exemple, alors que dans les analyses issues d'études scientifiques, les personnes bisexuelles sont souvent regroupées avec les personnes gaies et lesbiennes, certains auteurs considèrent plutôt qu'elles constituent un groupe à part, vivant des difficultés psychologiques spécifiques (Bostwick et al., 2010; Russell et al., 2001) et présentant moins de facteurs de protection que les personnes homosexuelles (Saewyc & al., 2009). Puisque la réalité et les défis de tous les sous-groupes des personnes qui font partie des minorités sexuelles peuvent être propres à chacun, il serait pertinent d'approfondir les connaissances en lien avec ceux-ci dans des études futures.

D'autre part, probablement en raison du moment du dévoilement de l'orientation sexuelle pouvant affecter le bien-être psychologique (Igartua et al., 2003), il est observé que la plupart des études portant sur les personnes LGB et les comportements suicidaires ont recruté des échantillons de participants adolescents ou jeunes adultes (Birkett et al., 2009; King et al., 2008; Teasdale et al., 2010). Par conséquent, ces études sur les conduites suicidaires des jeunes LGB ne peuvent être généralisées pour l'ensemble des adultes et des aînés LGB. De plus, puisque l'orientation sexuelle des personnes décédées n'est pas systématiquement enregistrée au moment du décès, les études pouvant identifier le suicide chez les personnes issues de minorités sexuelles

s'avèrent peu nombreuses (De Graaf et al., 2006; Haas & Lane, 2015). Comme il y a peu de recherches qui portent sur des adultes LGB plus âgés et la problématique du suicide (Haas et al., 2011), la compréhension de cette population est fort incomplète.

Bien que cette étude révèle que les personnes LGB sont plus susceptibles d'avoir fait leur première tentative de suicide à un âge plus jeune que les personnes hétérosexuelles, elle révèle également que des adultes LGB présentent des difficultés psychologiques et une vulnérabilité suicidaire. Plusieurs auteurs suggèrent que les jeunes LGB seraient plus à risque que les plus vieux (Igartua et al., 2003; De Graaf et al., 2006; Warner et al., 2004). Cependant, d'autres études décèlent chez les personnes LGB plus âgées, un niveau plus élevé d'homophobie internalisée (Weibley, 2010), de même que plus de troubles de santé mentale et un plus haut risque suicidaire (Meyer, Dietrich & Schwartz, 2008). D'autres études effectuées chez des adultes de 50 ans et plus révèlent également que le niveau de détresse psychologique est plus élevé chez les personnes LGB que chez celles d'orientation hétérosexuelle (Gonzales & Henning-Smith, 2015).

Des recherches futures pourraient donc porter sur le bien-être et les difficultés psychologiques des adultes LGB (Haas et al., 2011) afin de mieux cerner leurs besoins et de développer des interventions efficaces pour cette population (Fredriksen-Goldsen et al., 2013). En effet, au Québec, les plus jeunes LGB sont exposés de plus en plus à des programmes de prévention et de sensibilisation, en particulier à l'égard de l'intimidation reliée à l'orientation sexuelle. De leur côté, les LGB plus âgés n'ont possiblement pas été témoins de ces campagnes de prévention lors de leur adolescence et n'ont donc pas pu bénéficier de leurs retombées (p. ex. groupe de LGB au sein de l'école). Ainsi, les adultes LGB pourraient avoir intégré davantage de préjugés sociaux envers leur propre orientation sexuelle, c'est-à-dire avoir développé un niveau plus élevé d'homophobie internalisée, ce qui pourrait affecter leur niveau de bien-être

psychologique (Ortiz-Hernández, 2005; Plöderl et al., 2014). Il importe donc de poursuivre les recherches afin de bien comprendre les réalités vécues par les adultes et les aînés LGB.

3.4. Interventions possibles auprès des personnes LGB

Si les personnes LGB ont un plus haut taux de conduites suicidaires que les personnes hétérosexuelles (Marshall et al., 2011; Plöderl et al., 2014; Zhao et al., 2010), mais qu'elles ont sensiblement les mêmes facteurs de risque à l'exception des variables reliées aux préjugés sociaux à l'endroit des orientations sexuelles minorisées, des interventions spécifiques pour le groupe LGB doivent être déployées. Selon un modèle de santé publique, plusieurs types de stratégies sont mis en place afin de prévenir les gestes suicidaires dans la population générale (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Les facteurs de protection face au suicide peuvent être classifiés en trois grandes catégories, comprenant des stratégies universelles à l'intention de la population générale, dont la prévention et l'éducation dans les médias quant au suicide (Erlangsen et al., 2011); des stratégies indiquées qui ciblent des groupes à risque, dont le développement d'interventions et de moyens efficaces de prévention du suicide (Erlangsen et al., 2011; Nordentoft, 2011); ainsi que des stratégies sélectives qui mettent en place des traitements spécifiques pour les individus et pour les groupes minoritaires, dont le risque suicidaire est plus élevé (Almazan, Roettger & Acosta, 2014; Nordentoft, 2011). Ces stratégies peuvent également être appliquées plus précisément pour les personnes des minorités sexuelles.

3.4.1. Les stratégies universelles. Au niveau universel, des études ont révélé que des politiques contre l'intimidation des personnes de minorités sexuelles sont pertinentes afin de prévenir les comportements suicidaires (Goodenow et al., 2006) et pour augmenter le bien-être psychologique (Lick, Tornello, Riskind, Schmidt & Patterson, 2012), puisque la stigmatisation et les préjugés qui sont reliés à une orientation non hétérosexuelle augmentent le risque de

développer un problème de santé mentale chez les individus LGB (Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema & Dovidio, 2009). De plus, des politiques sur la reconnaissance des droits des personnes de minorités sexuelles, telles que le droit au mariage de personnes de même sexe et à l'adoption, seraient reliées à une diminution des symptômes dépressifs et une augmentation de l'estime de soi chez cette population (Bauermeister, 2014).

Au Québec, des lois sont établies afin d'enrayer l'homophobie et afin de reconnaître l'égalité entre les personnes des minorités sexuelles et les personnes hétérosexuelles (Justice Québec, 2015). En effet, une *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie* a été établie en 2009 par le Ministère de la Justice pour les personnes des minorités sexuelles qui a été suivie par le *Plan d'action gouvernemental contre l'homophobie 2011-2016* (Justice Québec, 2015).

La *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie* vise à reconnaître les réalités des personnes des minorités sexuelles par la recherche, la sensibilisation, et l'éducation dans ce domaine; à favoriser le respect de leurs droits et augmenter la reconnaissance sociale de ceux-ci, afin d'enrayer la discrimination et d'assurer des ressources de soutien pour les personnes victimes d'homophobie; à favoriser le mieux-être en soutenant les actions communautaires et en offrant des mesures favorisant l'adaptation des services publics aux besoins spécifiques des personnes de minorités sexuelles et, enfin, à assurer une action concertée en fournissant une cohérence dans la lutte contre l'homophobie entre tous les ministères et autres institutions publiques, tout en encourageant les autres acteurs sociaux (Justice Québec, 2015).

Le *Plan d'action gouvernemental contre l'homophobie 2011-2016* inclut la prévention du suicide chez les jeunes victimes d'homophobie en visant à : outiller les intervenants du réseau, sensibiliser le public à l'impact de l'homophobie sur le risque suicidaire chez les jeunes, assurer la présence d'équipes multidisciplinaires disponibles pour les jeunes LGBT à risque, et la

présence d'une formation adaptée aux réalités de ce groupe pour les professionnels qui sont susceptibles d'effectuer des interventions téléphoniques 24/7 auprès de cette clientèle (Justice Québec, 2015).

Afin d'enrayer les préjugés de la société envers les personnes de minorités sexuelles et de rendre les établissements scolaires un endroit sécuritaire et respectueux envers les individus LGBT (Meyer, Taylor & Peter, 2015), l'éducation par rapport à la diversité sexuelle et l'identité de genre est une autre intervention à préconiser. Chamberland et al. (2010) recommande notamment d'agir auprès des acteurs des milieux de l'éducation, d'offrir des classes de sensibilisation et d'information et d'inclure du matériel relié à la diversité sexuelle dans le cursus scolaire. Que ce soit par la présentation de livres ou de sujets amenés en classe par l'enseignant sur la diversité sexuelle, des gestes d'ouverture aux personnes de minorités sexuelles et leurs familles contribuent à développer un sentiment de sécurité et de bien-être psychologique chez ces dernières (Vyncke, Julien, Jouvin & Jodoin, 2014). Pendant de nombreuses années, l'hétérosexualité et les familles hétéroparentales ont généralement été abordées dans les écoles élémentaires comme une norme, ignorant ainsi le vécu des personnes homosexuelles et les familles homoparentales (Atkinson, 2002; Richard, 2015). Alors que la diversité sexuelle et de l'identité de genre sont des sujets peu couverts dans les écoles primaires et secondaires (Richard, Chamberland & Petit, 2013), la Centrale des syndicats du Québec (CSQ, 2014) recommande au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) d'inclure ces réalités dans le contenu du programme d'éducation à la sexualité. L'objectif de cette intervention est de diminuer l'intimidation chez les personnes LGBT qui peut augmenter leurs difficultés psychologiques (Liu & Mustanski, 2012; Teasdale et al., 2010) et même leurs problèmes de santé physique à l'âge adulte (Zou, Anderson & Blosnich, 2013).

3.4.2. Les stratégies indiquées. Au niveau des stratégies indiquées qui ciblent le groupe des minorités sexuelles, il est impossible de passer à côté des établissements scolaires qui doivent s'adapter aux réalités des personnes LGBT et augmenter leur visibilité (Richard, 2015). Pour ce faire, la mise en place d'organismes et de groupes de support à l'école pour les jeunes issus de minorités sexuelles est pertinente (Goodenow et al., 2006; Petit et al., 2011). Sachant que le sentiment d'appartenance à l'école chez les jeunes homosexuels, bisexuels, transgenres ou en questionnement peut agir à titre de protection à l'égard du suicide (Russell & Toomey, 2013; Saewyc et al., 2009) ainsi qu'augmenter le sentiment de sécurité à l'école (Eisenberg & Resnick, 2006), des mesures préventives dans les établissements scolaires sont à préconiser. À titre d'exemple, une politique de tolérance zéro envers la violence homophobe à l'égard des personnes des minorités sexuelles devrait être établie dans chaque commission scolaire conformément au *Plan d'action gouvernemental contre l'homophobie 2011-2016* (Chamberland et al., 2010; Richard, 2015).

Considérant que seulement 70% des enseignants canadiens rapportent réagir lorsqu'ils sont témoins de propos homophobes (Meyer et al., 2015), il serait utile de faire de la prévention face à la violence homophobe chez les professeurs des écoles secondaires et collégiales (Petit et al., 2011; Richard, 2015). Lorsqu'ils sont confrontés à des manifestations de violence homophobe, les enseignants devraient intervenir comme toute autre forme de violence, soit en identifiant le comportement problématique, en arrêtant l'action, en donnant une courte explication et/ou en appliquant des conséquences (Richard, 2015). Les enseignants bénéficieraient donc de recevoir des formations de perfectionnement sur la diversité sexuelle, l'hétérosexisme et les réactions face à l'homophobie, puisque près des deux tiers ont indiqué ressentir le besoin d'acquérir des habiletés spécifiques dans ce domaine (Richard, 2015). De leur

côté, les enseignants LGB sont nombreux à éviter de divulguer leur orientation sexuelle à leurs élèves et à appréhender les interventions relatives à la diversité sexuelle, par crainte des impacts négatifs que cela pourrait causer (Richard, 2015). Des ressources pourraient donc viser à soutenir et protéger les enseignants LGB dans le cadre de leurs fonctions (Richard, 2015).

Par ailleurs, des groupes de support devraient être accessibles pour les adultes qui font partie des minorités sexuelles, puisque le réseau social agit également à titre de protection chez les LGB plus âgés (Fredriksen-Goldsen et al., 2013). Tout comme les milieux scolaires, l'environnement de travail peut être une source de discrimination, de violence physique et psychologique, ainsi que de harcèlement pour les personnes lesbiennes et gaies en raison de leur orientation non hétérosexuelle (Chamberland, Bernier, Lebreton, Richard & Théroux-Séguin, 2007). Chamberland et al. (2007) expliquent notamment que les personnes lesbiennes et gaies doivent observer leur environnement afin de mieux choisir les informations qu'elles dévoileront afin de se protéger du rejet ou de la discrimination. Dans les milieux de travail, des campagnes de sensibilisation de même qu'une meilleure diffusion des droits et des lois en matière de respect des personnes issues de minorités sexuelles semblent toujours pertinentes afin de diminuer l'homophobie et d'augmenter le sentiment de sécurité au travail (Chamberland et al., 2007). Des campagnes de promotion de la santé mentale chez les personnes LGBT pourraient également être utiles (Haas et al., 2011).

3.4.3. Les stratégies sélectives. S'il est incontournable d'aider la personne à traverser une crise suicidaire, des interventions lors de ces situations peuvent être adaptées afin de maintenir un bon lien thérapeutique et de fournir un sentiment de sécurité aux clients issus de minorités sexuelles. Par exemple, il est recommandé aux thérapeutes de ne pas assumer une orientation hétérosexuelle chez le client dans les interventions effectuées, et ce, malgré le fait qu'il puisse

être marié ou avoir des enfants (American Psychological Association, 2012). De cette façon, le thérapeute révèle son ouverture face aux différentes orientations sexuelles et le client est moins susceptible de vouloir cacher celle-ci ou de se sentir jugé. L'APA (2012) conseille également aux psychologues de vérifier avec les clients issus de minorités sexuelles s'ils ont vécu des difficultés parmi celles qui sont souvent rapportées par les personnes LGBT, telles que de l'intimidation ou des épreuves avec leur famille lors du dévoilement de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, ce qui va dans le même sens que les résultats de la présente étude. Ainsi, les professionnels doivent être à l'affût des réalités spécifiques aux personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres qui vivent des défis différents (Haas et al., 2011), ainsi qu'à l'affût de leurs propres croyances et des biais qu'ils pourraient avoir envers cette clientèle (APA, 2012).

Une autre forme de protection envers les difficultés psychologiques et le maintien du bien-être réside dans le soutien des personnes significatives de l'individu (Lazarus, 1990; Lazarus & Folkman, 1984). Plus précisément chez les jeunes LGB, un milieu familial approprié peut favoriser le développement de l'identité (Bregman, Malik, Page, Makynen, & Lindahl, 2013) et fournir une source de sécurité et de réconfort lors de difficultés (Lavoie & Côté, 2014; Mikulincer & Shaver, 1987). Chez cette clientèle, des interventions familiales en situation de crise pourraient cibler les parents de ces derniers, puisque le soutien de la famille a été associé à la diminution de la détresse psychologique (Homma & Saewyc, 2007; Létourneau-Picard, Sallafranque-St-Louis & Green-Demers, 2015; Shilo & Savaya, 2011), de l'homophobie internalisée (Feinstein, Wadsworth, Davila, & Goldfried, 2014; Létourneau-Picard et al., 2015), des idéations et tentatives suicidaires (Ryan et al., 2010) ainsi qu'à l'augmentation du bien-être psychologique chez les jeunes LGB (Feinstein et al., 2014; Needham & Austin, 2010; Ryan et al., 2010). Pour ces raisons, il est également recommandé d'effectuer des interventions avec les

parents qui éprouvent des difficultés envers l'orientation sexuelle de leur enfant (Feinstein et al., 2014).

Pour les cliniciens qui souhaitent développer leurs compétences auprès de cette clientèle, Pachankis, Hatzenbuehler, Rendina, Safren et Parsons (2015) ont récemment développé une thérapie cognitive et comportementale adaptée pour les jeunes adultes LGB, nommée ESTEEM. Afin d'adresser les difficultés psychologiques des personnes homosexuelles et bisexuelles, ce traitement vise à réduire les éléments reliés au stress minoritaire, soit la sensibilité au rejet, l'homophobie internalisée et le non-dévoilement de l'orientation sexuelle, ainsi que les facteurs de risques universels tels que la rumination, les sentiments de désespoir, l'isolement social et le manque d'affirmation de soi. L'acceptation, l'affirmation et le développement d'une vision positive de l'orientation sexuelle dans le cadre d'un travail thérapeutique ont également été recommandés par d'autres auteurs, qui rapportent que ces variables agissent à titre de protection chez les LGB (Petit et al., 2011; Scourfield et al., 2008).

Ces interventions qui ciblent le développement d'habiletés chez les personnes LGB peuvent être pertinentes dans la mesure où elles servent à atténuer les impacts négatifs de l'homophobie sur l'individu. Toutefois, elles doivent être effectuées en synergie avec d'autres types d'interventions qui servent à prévenir l'homophobie et à l'enrayer, afin d'adresser la pierre angulaire de la problématique de l'homophobie au sein de la société et non pas seulement ses répercussions.

3.5. Considérations cliniques

Bien que les croyances qui font préjudice aux minorités sexuelles soient moins présentes qu'il y a quelques décennies, plusieurs persistent encore, que ce soit au niveau régional, national ou universel. Alors que certains individus LGB peuvent dévoiler leur orientation sexuelle tout en

ayant un environnement positif et sécuritaire, d'autres personnes peuvent rencontrer de l'homophobie de la part de leur famille, leurs collègues, leurs pairs, ou même au sein de leurs propres croyances (Hatzenbuehler, 2011; Plöderl et al., 2014). En effet, en étant ancrée dans des schèmes de pensées et en suscitant de la honte chez l'individu LGB, l'homophobie internalisée peut être présente en tout temps, et ce, malgré l'absence d'un environnement néfaste (Igartua et al., 2003). Ainsi, tout comme son entourage, la personne LGB qui a intériorisé des croyances et des émotions négatives envers son orientation sexuelle peut compromettre son propre bien-être psychologique.

Cet essai met donc en lumière que les personnes LGB, comparativement aux personnes hétérosexuelles, font face à des difficultés supplémentaires reliées aux préjugés sociaux à l'endroit des orientations sexuelles minorisées, telles que l'homophobie internalisée, la discrimination et les difficultés rencontrées dans le processus de dévoilement de l'orientation sexuelle. Ces résultats peuvent donc amener un questionnement au niveau des impacts des comportements et des croyances de la société envers les personnes homosexuelles ou bisexuelles. En effet, cette étude permet de se demander si, en l'absence de tout préjugé envers les personnes de minorités sexuelles dans la société, les personnes LGB présenteraient toujours un taux plus élevé d'idéations et de tentatives suicidaires comparativement aux personnes hétérosexuelles. Bien que les présents résultats comportent des limites, en révélant que les seules différences significatives entre les personnes LGB et hétérosexuelles quant aux facteurs de risque et de protection se retrouvent au niveau des variables reliées au stress minoritaire, les résultats de cet essai doctoral portent à croire qu'en l'absence de toute forme d'homophobie dans la société (discrimination, attaques physiques, isolement, homophobie internalisée), les différences au

niveau de la prévalence de comportements suicidaires entre les personnes LGB et hétérosexuelles pourraient fortement diminuer.

Ceci ramène donc l'importance de poursuivre la lutte contre l'homophobie au niveau national. Alors que la *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie*, en concert avec le *Plan d'action gouvernemental contre l'homophobie 2011-2016*, ont permis d'améliorer la situation des personnes des minorités sexuelles, ces mesures s'avèrent d'autant plus importantes sachant qu'il s'agit d'un groupe qui est plus vulnérable face aux conduites suicidaires.

De nombreux progrès ont été réalisés dans les dernières années concernant les droits et la charte de l'égalité pour les personnes de minorités sexuelles (Bureau & Papy, 2006; Côté & Boucher, 2008; Tremblay, 2015). Toutefois, les résultats de cet essai doctoral révèlent que les Québécois LGB font toujours l'expérience de difficultés liées aux préjugés sociaux à l'endroit des orientations sexuelles minorisées, ce qui est également congruent avec l'étude de Chamberland et al. (2007). En effet, malgré les nouvelles politiques en vigueur, une étude récente révèle également que 63% de l'ensemble des élèves québécois entendent quotidiennement des propos homophobes à l'école, 35% font l'expérience d'abus non-verbaux (p. ex. des rumeurs) et 9% d'abus physiques liés à une orientation lesbienne, gai ou bisexuel(le) perçue par les pairs, alors que les moyennes canadiennes seraient de 70%, 28% et 11% pour ces formes respectives de discrimination (Peter, Taylor & Chamberland, 2015).

Selon la théorie du stress minoritaire (Meyer, 1995; 2003), tant que la société émettra des préjugés à leur égard, les personnes LGBT vivront plus de détresse psychologique et de troubles de santé mentale, les rendant plus vulnérables aux conduites suicidaires. Des changements profonds au niveau des croyances de la société sont nécessaires afin d'enrayer les préjugés envers les personnes issues de minorités sexuelles, de les protéger et d'augmenter leur bien-être

psychologique. Les résultats de cette étude appuient l'importance de poursuivre les efforts pour éliminer la discrimination envers les personnes LGB et, entretemps, d'assurer l'accessibilité à des services psychologiques adaptés pour cette population. Ces résultats suggèrent donc que des mesures efficaces, au niveau provincial et national, devraient être entreprises pour poursuivre la lutte contre l'homophobie, et ce, dans le but de diminuer les difficultés psychologiques et les conduites suicidaires chez les personnes LGB.

Enfin, cette étude est novatrice dans le sens que peu de recherches comparent les facteurs de risque et les facteurs de protection des personnes LGB avec un groupe de participants hétérosexuels à risque, permettant de mieux comprendre la problématique du suicide chez les minorités sexuelles. Cette étude souligne également l'importance des organismes et des groupes qui travaillent auprès des personnes LGB, la prévention qui est effectuée à l'égard de l'homophobie, ainsi que les messages positifs véhiculés envers la diversité sexuelle. Il est à espérer que les résultats de cet essai doctoral généreront des connaissances nouvelles sur les intentions suicidaires chez les LGB ainsi que de l'information utile pour les intervenants qui œuvrent auprès des personnes homosexuelles et bisexuelles.

RÉFÉRENCES

- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J. G., Stein, M. B., & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health, 98*(5), 946-952. doi: 10.2105/AJPH.2007.120253
- Almazan, E. P., Roettger, M. E., & Acosta, P. S. (2014). Measures of sexual minority status and suicide risk among young adults in the United States. *Archives of Suicide Research, 18*(3), 274-281. doi: 10.1080/13811118.2013.824832
- American Psychological Association (APA). (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist, 67*(1), 10-42. doi: 10.1037/a0024659
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry, 37*(4), 1-11. doi: 10.1186/1471-244X-4-37
- Atkinson, E. (2002). Education for diversity in a multisexual society: Negotiating the contradictions of contemporary discourse [1]. *Sex Education, 2*(2), 119-132. doi: 10.1080/14681810220144873
- Baiocco, R., Ioverno, S., Lonigro, A., Baumgartner, E., & Laghi, F. (2015). Suicidal Ideation among Italian and Spanish Young Adults: The Role of Sexual Orientation. *Archives of Suicide Research, 19*(1), 75-88. doi: 10.1080/13811118.2013.833150
- Balsam, K. F., & Mohr, J. J. (2007). Adaptation to sexual orientation stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. *Journal of Counseling Psychology, 54*(3), 306-319. doi: 10.1037/0022-0167.54.3.306

- Barbosa, L. P., Quevedo, L., da Silva, G. D. G., Jansen, K., Pinheiro, R. T., Branco, J., ... da Silva, R. A. (2014). Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14–35 years in southern Brazil. *Child Abuse & Neglect*, *38*(7), 1191-1196. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.02.008
- Bauermeister, J. A. (2014). How statewide LGB policies go from “under our skin” to “into our hearts”: Fatherhood aspirations and psychological well-being among emerging adult sexual minority men. *Journal of Youth and Adolescence*, *43*(8), 1295-1305. doi: 10.1007/s10964-013-0059-6
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(9), 1174-1182. doi: 10.1097/00004583-199609000-00015
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Benibgui, M. (2011). Mental health challenges and resilience in lesbian, gay, and bisexual young adults: Biological and psychological internalization of minority stress and victimization. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *71*(12-B), 7715.
- Berghe, W. V., Dewaele, A., Cox, N., & Vincke, J. (2010). Minority-Specific Determinants of Mental Well-Being Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Journal of Applied Social Psychology*, *40*(1), 153–166. doi: 10.1111/j.1559-1816.2009.00567.x

- Birkett, M., Espelage, D. L., & Koenig, B. (2009). LGB and questioning students in schools: The moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative outcomes. *Journal of Youth and Adolescence, 38*(7), 989-1000. doi: 10.1007/s10964-008-9389-1
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'Échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française du « Satisfaction with Life Scale ». *Revue canadienne de sciences comportementales, 21*(2), 210-223. doi: 10.1037/h0079854
- Bolton, S.-L., & Sareen, J. (2011). Sexual orientation and its relation to mental disorders and suicide attempts: Findings from a nationally representative sample. *La Revue canadienne de psychiatrie, 56*(1), 35-43.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., & Kessler, R. C. (2008). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *Journal of Affective Disorders, 105*(1-3), 25-33. doi: 10.1016/j.jad.2007.01.036
- Bos, H. M. W., Sandfort, T. G. M., Bruyn, E. H., & Hakvoort, E. M. (2008). Same-sex attraction, social relationships, psychosocial functioning, and school performance in early adolescence. *Journal of Developmental Psychology, 44*(1), 59-68. doi: 10.1037/0012-1649.44.1.59
- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., & McCabe, S. E. (2010). Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *American Journal of Public Health, 100*(3), 468-475. doi: 10.2105/AJPH.2008.152942
- Bostwick, W. B., Meyer, I., Aranda, F., Russell, S., Hugues, T., Birkett, M., & Mustanski, B. (2014). Mental health and suicidality among racially/ethnically diverse sexual

minority youths. *American Journal of Public Health*, 104(6), 1129-1136. doi: 10.2105/AJPH.2013.301749

Boucher, K., Blais, M., Hébert, M., Gervais, J., Banville-Côté, C., Bédard, I., ... Équipe de recherche PAJ. (2013). La victimisation homophobe et liée à la non-conformité de genre et l'adaptation scolaire et psychosociale chez les 14-22 ans : Résultats d'une enquête québécoise. *Recherches et éducatons*, 8, 83-98.

Bowen, A., Williams, M., & Horvath, K. (2004). Using the Internet to recruit rural MSM for HIV risk assessment: Sampling issues. *AIDS and Behavior*, 8(3), 311-319. doi: 10.1023/B:AIBE.0000044078.43476.1f

Bregman, H. R., Malik, N. M., Page, M. J. L., Makynen, E., & Lindahl, K. M. (2013). Identity profiles in lesbian, gay, and bisexual youth: The role of family influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(3), 417-430. doi: 10.1007/s10964-012-9798-z

Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497-1505. doi: 10.1097/00004583-199912000-00010

Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-394. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris : DUNOD.

Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2012). Life stressors, emotional distress, and trauma-related thoughts occurring in the 24 h preceding active duty U.S. Soldiers' suicide attempts. *Journal of Psychiatric Research*, 46(7), 843-848. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.03.012

- Bureau, M.-F., & Papy, J. (2006). L'orientation sexuelle et la Charte des droits et libertés de la personne : récit d'une trajectoire. *Revue du Bateau, Numéro thématique hors série*, 109-142.
- Burrows, S., Auger, N., Roy, M., & Alix, C. (2010). Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec, Canada, 1990–2005. *Public Health, 124*(2), 78-85. doi: 10.1016/j.puhe.2010.01.008
- Cardom, R., Rostosky, S., & Danner, F. (2013). Does “it get better” for depressed sexual minority youth in young adulthood? *Journal of Adolescent Health, 53*(5), 671-673. doi :10.1016/j.jadohealth.2013.07.023
- Cardoso, F. L. (2009). Similar faces of same-sex sexual behavior: A comparative ethnographical study in Brazil, Turkey, and Thailand. *Journal of Homosexuality, 56*(4), 457-484. doi: 10.1080/00918360902816866
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine, 33*(3), 395-405. doi: 10.1017/S0033291702006943
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)*. Consulté de <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/leading-causes-of-death.htm>
- Centrale des syndicats du Québec (CSQ). (2014). *Pour une culture du respect*. Consulté de <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/2014-11-27-4-Memoire.pdf>

- Chamberland, L., Bernier, M., Lebreton, C., Richard, G., & Thérour-Séguin, J. (2007). *Gais et lesbiennes en milieu de travail: Rapport synthèse de recherche*. Consulté de http://homophobie.ccdmd.qc.ca/medias/pdfs/homophobie_integral.pdf
- Chamberland, L., Émond, G., Julien, D., Otis, J., & Ryan, B. (2010). *L'impact de l'homophobie et de la violence homophobe sur la persévérance et la réussite scolaires : Rapport de recherche*. Consulté de <http://www.fqrsc.gouv.qc.ca/fr/rechercheexpertise/projets/rapports-recherche.php#PRS2006>
- Coleman, E. (1987). Assessment of sexual orientation. *Journal of Homosexuality*, *14*(1-2), 9-24. doi: 10.1300/J082v14n01_02
- Collet, L., & Cottraux, J. (1986). Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items): Étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, *12*(2), 77-79.
- Cole, S. W., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Visscher, B. R. (1996). Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychology*, *15*(4), 243-251. doi: 10.1037/0278-6133.15.4.243
- Consoli, A., Peyre, H., Speranza, M., Hassler, C., Falissard, B., Touchette, E., ... Révah-Lévy, A. (2013). Suicidal behaviors in depressed adolescents: Role of perceived relationships in the family. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *7*(8), 1-12. doi: 10.1186/1753-2000-7-8
- Corliss, H. L., Cochran, S. D., Mays, V. M., Greenland, S., & Seaman, T. E. (2009). Age of Minority Sexual Orientation Development and Risk of Childhood Maltreatment and Suicide Attempts in Women. *American Journal of Orthopsychiatry*, *79*(4), 511-521. doi: 10.1037/a0017163

- Côté, I., & Boucher, J. (2008). La mouvance sociale des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenres. *Bulletin d'histoire politique*, 16(3), 89-100.
- Crosby, A. E., Han, B., Ortega, L. A. G., Parks, S. E., & Gfroerer, J. (2011). Suicidal Thoughts and Behaviors Among Adults Aged ≥ 18 Years-United-States, 2008-2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, 60(13), 1-22.
- D'Amico, E., Julien, D., Tremblay, N., & Chartrand, E. (2015). Gay, Lesbian, and Bisexual Youths Coming Out to Their Parents: Parental Reactions and Youths' Outcomes. *Journal of GLBT Family Studies*, 11(5), 411-437. doi: 10.1080/1550428X.2014.981627
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Salter, N. P., Vasey, J. J., Starks, M. T., & Sinclair, K. O. (2005). Predicting the suicide attempts of lesbian, gay, and bisexual youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 646-660. doi: 10.1521/suli.2005.35.6.646
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., & Starks, M. T. (2006). Childhood Gender Atypicality, Victimization, and PTSD Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(11), 1462-1482. doi: 10.1177/0886260506293482
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., & Starks, M. T. (2008). Gender atypicality and sexual orientation development among lesbian, gay and bisexual youth: Prevalences, sex differences, and parental responses. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 12(1-2), 121-143. doi: 10.1300/J529v12n01_08
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Starks, M. T., & Sinclair, K. O. (2010). Factors associated with parents' knowledge of gay, lesbian, and bisexual youths' sexual orientation. *Journal of GLBT Family Studies*, 6(2), 178-198. doi: 10.1080/15504281003705410
- De Graaf, R., Sandfort, T. G. M., & 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(3), 253-262. doi: 10.1007/s10508-006-9020-z

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13

Dumais, A., Lesage, A. D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., ... Turecki, G. (2005). Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. *The American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2116-2124. doi: 10.1176/appi.ajp.162.11.2116

Dyar, C., Feinstein, B. A., & London, B. (2015). Mediators of Differences Between Lesbians and Bisexual Women in Sexual Identity and Minority Stress. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 43-51. doi: 10.1037/sgd0000090

Eisenberg, M. E., & Resnick, M. D. (2006). Suicidality among Gay, Lesbian and Bisexual Youth: The Role of Protective Factors. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 662-668. doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.04.024

Erlangsen, A., Nordentoft, M., Conwell, Y., Waern, M., De Leo, D., & Lindner, R. (2011). Key considerations for preventing suicide in older adults: Consensus opinions of an expert panel. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(2), 106-109. doi: 10.1027/0227-5910/a000053

Fallery, B., & Rodhain, F. (2007). *Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique*. Consulté de <https://hal.cirad.fr/hal-00821448/document>

- Fassinger, R. E., & Miller, B. A. (1996). Validation of a model of sexual identity development for a sample of gay men. *Journal of Homosexuality*, 32(2), 53-79. doi: 10.1300/J082v32n02_04
- Feinstein, B. A., Wadsworth, L. P., Davila, J., & Goldfried, M. R. (2014). Do parental acceptance and family support moderate associations between dimensions of minority stress and depressive symptoms among lesbians and gay men? *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(4), 239-246. doi: 10.1037/a0035393
- Fitzpatrick, K. K.; Euton, S. J., Jones, J. N., & Schmidt, N. B. (2005). Gender role, sexual orientation and suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 87(1), 35-42. doi: 10.1016/j.jad.2005.02.020
- Fortin, D., & Ruel, S. (2012). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Emler, C. A., Kim, H.-J., Muraco, A., Erosheva, E. A., Goldsen, J., & Hoy-Ellis, C. P. (2013). The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: The role of key health indicators and risk and protective factors. *The Gerontologist*, 53(4), 664-675. doi: 10.1093/geront/gns123
- Friedman, M. S., Koeske, G. F., Silvestre, A. J., Korr, W. S., & Sites, E. W. (2006). The impact of gender-role nonconforming behavior, bullying, and social support on suicidality among gay male youth. *Journal of Adolescent Health*, 38, 621-623. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.04.014
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoul, S., & Wenger, O. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in

Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(11), 2001-2007. doi: 10.1097/01.alc.0000187034.58955.64

Gibson, S., Boden, Z. V. R., Benson, O., & Brand, S. L. (2014). The impact of participating in suicide research online. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), 372-383.

Gonzales, G., & Henning-Smith, C. (2015). Disparities in health and disability among older adults in same-sex cohabiting relationships. *Journal of Aging and Health*, 27(3), 432-453. doi: 10.1177/0898264314551332

Goodenow, C., Szalacha, L., & Westheimer, K. (2006). School support groups, other school factors, and the safety of sexual minority adolescents. *Psychology in the Schools*, 43(5), 573-589. doi: 10.1002/pits.20173

Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405. doi: 10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF

Groupe de travail mixte sur l'homophobie. (2007). *De l'égalité juridique à l'égalité sociale : vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Montréal.

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., & D'Augelli, A. R. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10-51. doi: 10.1080/00918369.2011.534038

- Haas, A. P., & Lane, A. (2015). Collecting sexual orientation and gender identity data in suicide and other violent deaths: A step towards identifying and addressing LGBT mortality disparities. *LGBT Health, 2*(1), 84-87. doi: 10.1089/lgbt.2014.0083
- Harry, J. (1983). Parasuicide, gender, and gender deviance. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 350-361. doi: 10.2307/2136401
- Hatzenbuehler, M. L. (2011). The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. *Pediatrics, 127*(5), 896-903. doi: 10.1542/peds.2010-3020
- Hatzenbuehler, M. L., Nolen-Hoeksema, S., & Dovidio, J. (2009). How does stigma «Get under the skin»? The mediating role of emotion regulation. *Psychological Science, 20*(10), 1282-1289. doi: 10.1111/j.1467-9280.2009.02441.x
- Heatherington, L., & Lavner, J. (2008). Coming to Terms With Coming Out: Review and Recommendations for Family Systems-Focused Research, *Journal of Family Psychology, 22*(3), 329-343. doi: 10.1037/0893-3200.22.3.329
- Hershberger, S. L., & D'Augelli, A. R. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Developmental Psychology, 31*(1), 65-74. doi: 10.1037/0012-1649.31.1.65
- Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A. K., Sokero, T. P., & Isometsä, E. T. (2010). Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: A five-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry, 167*(7), 801-808. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09050627
- Homma, Y., & Saewyc, E. M. (2007). The emotional well-being of Asian-American sexual minority youth in school. *Journal of LGBT Health Research, 3*(1), 67-78. doi: 10.1300/J463v03n01_08

- Hospers, H. J., & Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(8), 1188-1201. doi: 10.1521/jscp.2005.24.8.1188
- Hunter, S. (2007). *Coming out and Disclosures, LGBT Persons Across the Life Span*. New York: The Haworth Press, Inc.
- Igartua, K. J., Gill, K., & Montoro, R. (2003). Internalized homophobia: A factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Canadian Journal of Community Mental Health, 22*(2), 15-30.
- Julien, D., & Chartrand, E. (2005). Recension des écrits sur la santé des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles. *Psychologie Canadienne, 46*(4), 235-250.
- Justice Québec. (2015). *La lutte contre l'homophobie*. Consulté de <http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/ministere/dossiers/homophobie/homophobie.htm>
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Kertzner, R. M., Meyer, I. H., Frost, D. M., & Stirratt, M. J. (2009). Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: The effects of race, gender, age, and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry, 79*(4), 500-510. doi: 10.1037/a0016848
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., & Popelyuk, D. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry, 8*(70). doi: 10.1186/1471-244X-8-70

- Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2012). Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), 381-389. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02457.x
- Langlois, S., & Morrison, P. (2002). Suicide deaths and suicide attempts. *Health Reports*, 13, 9–22.
- Large, M., Sharma, S., Cannon, E., Ryan, C., & Nielssen, O. (2011). Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(8), 619-628. doi: 10.3109/00048674.2011.590465
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lavoie, K., & Côté, I. (2014). L'expérience des parents d'un enfant d'orientation homosexuelle : savoirs issus des recherches et perspectives d'intervention. *Service social*, 60(1), 15-33. doi: 10.7202/1025131ar
- Lazarus, R. S. (1990). *Stress, coping and illness*. In H. S. Friedman, *Personality and disease*, New York : Wiley.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Leadholm, A. K. K., Rothschild, A. J., Nielsen, J., Bech, P., & Østergaard, S. D. (2014). Risk factors for suicide among 34,671 patients with psychotic and non-psychotic severe depression. *Journal of Affective Disorders*, 156(1), 119-125. doi: 10.1016/j.jad.2013.12.003

- Légaré, G., Gagné, M., Perron, P.-A., Tessier, M., & Gamache, P. (2015). *La mortalité par suicide au Québec: 1981 à 2012. Mise à jour 2015*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Legleye, S., Beck, F., Peretti-Watel, P., Chau, N., & Firdion, J. M. (2010). Suicidal ideation among young French adults: Association with occupation, family, sexual activity, personal background and drug use. *Journal of Affective Disorders, 123*(1-3), 108-115. doi: 10.1016/j.jad.2009.10.016
- Létourneau-Picard, M.-H., Sallafranque-St-Louis, F., & Green-Demers, I. (2016). Le soutien social, la détresse psychologique, le bien-être et le fonctionnement scolaire de jeunes gais, lesbiennes et bisexuels (GLB) québécois. *Manuscrit soumis pour publication*.
- Lewis, N. M. (2009). Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health & Place, 15*(4), 1029-1045. doi: 10.1016/j.healthplace.2009.05.003
- Lick, D. J., Tornello, S. L., Riskind, R. G., Schmidt, K., M., & Patterson, C. J. (2012). Social climate for sexual minorities predicts well-being among heterosexual offspring of lesbian and gay parents. *Sexuality Research & Social Policy: A Journal of the NSRC, 9*(2), 99-112. doi: 10.1007/s13178-012-0081-6
- Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine, 42*(3), 221-228. doi: 10.1016/j.amepre.2011.10.023

- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*, *156*(2), 181-189.
- Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., & McGinley, J. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health*, *49*(2), 115-123. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.02.005
- Mathy, R. M., Cochran, S. D., Olsen, J., & Mays, V. M. (2011). The association between relationship markers of sexual orientation and suicide: Denmark, 1990-2001. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *46*(2), 111-117. doi : 10.1007/s00127-009-0177-3
- Matthews-Ewald, M. R., Zullig, K. J., & Ward, R. M. (2014). Sexual orientation and disordered eating behaviors among self-identified male and female college students. *Eating Behaviors*, *15*(3), 441-444. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.05.002
- McBee-Strayer, S. M., & Rogers, J. R. (2002). Student award paper: Lesbian, gay, and bisexual suicidal behavior: testing a constructivist model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *32*(3), 272-283. doi: 10.1521/suli.32.3.272.22171
- McCarn, S. R., & Fassinger, R. E. (1996). Re-visioning sexual minority identity formation : A new model of lesbian identity and its implications for counseling and research. *The Counseling Psychologist*, *24*, 508-534. doi: 10.1177/0011000096243011
- McGirr, A., Renaud, J., Bureau, A., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2008). Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: A predisposition for

younger age of suicide. *Psychological Medicine*, 38(3), 407-417. doi:
10.1017/S0033291707001419

McGirr, A., & Turecki, G. (2007). The relationship of impulsive aggressiveness to suicidality and other depression-linked behaviors. *Current Psychiatry Reports*, 9(6), 460-466.

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 38–56. doi: 10.2307/2137286

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in LGB populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674

Meyer, I. H., 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(6), 1004-1006. doi: 10.2105/AJPH.2006.096826

Meyer, E. J., Taylor, C., & Peter, T. (2015). Perspectives on gender and sexual diversity (GSD)-inclusive education: Comparisons between gay/lesbian/bisexual and straight educators. *Sex Education*, 15(3), 221-234. doi: 10.1080/14681811.2014.979341

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: The Guilford Press.

Mohr, J., & Fassinger, R. (2000). Measuring dimension of lesbian and gay male experience. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 33(2), 66-90.

Moon, M. W., Fornili, K., & O'Briant, A. L. (2007). Risk Comparison Among Youth Who Report Sex With Same-Sex Versus Both-Sex Partners. *Youth & Society*, 38(3), 267-284. doi: 10.1177/0044118X06287689

- Morris, J. F., Waldo, C. R., & Rothblum, E. D. (2001). A model of predictors and outcomes of
outing among lesbian and bisexual women. *American Journal of Orthopsychiatry*, *71*(1),
61-71. doi: 10.1037/0002-9432.71.1.61
- Morrison, L. L., & L'Heureux, J. (2001). Suicide and gay/lesbian/bisexual youth: Implications for
clinicians. *Journal of Adolescence*, *24*(1), 39-49. doi: 10.1006/jado.2000.0361
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping: Validation du Brief
COPE sur une population française. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique
biologique et thérapeutique*, *29*(6), 507-518.
- Mustanski, B. S., Garofalo, R., & Emerson, E. M. (2010). Mental health disorders, psychological
distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender
youths. *American Journal of Public Health*, *100*(12), 2426-2432. doi:
10.2105/AJPH.2009.178319
- Mustanski, B., & Liu, R. T. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among
lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Archives of Sexual Behavior*, *42*(3), 437-
448. doi: 10.1007/s10508-012-0013-9
- Mustanski, B., Newcomb, M. E., & Garofalo, R. (2011). Mental health of lesbian, gay, and
bisexual youths: A developmental resiliency perspective. *Journal of Gay & Lesbian
Social Services*, *23*(2), 204-225. doi: 10.1080/10538720.2011.561474
- Needham, B. L., & Austin, E. L. (2010). Sexual orientation, parental support, and health during
the transition to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*(10), 1189-1198.
doi: 10.1007/s10964-010-9533-6

- Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 1019–1029. doi: 10.1016/j.cpr.2010.07.003
- Niedhammer, I., David, S., & Degioanni, S. (2006). La version française du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail: le "Leymann Inventory of Psychological Terror" (LIPT). *Revue d'Épidémiologie et de santé publique, 54*, 245-262. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.03.051
- Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 35*(4), 848-853. doi: 10.1016/j.pnpbp.2010.11.038
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Action de santé publique pour la prévention du suicide*. Consulté de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112853/1/9789242503579_fre.pdf?ua=1
- Ortiz-Hernández, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México. *Salud Mental, 28*(4), 49-65.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X., & Kopper, B. A. (2004). Suicide resilience inventory-25: Development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports, 94*(3), 1349-1360. doi: 10.2466/PR.94.3.1349-1360
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., & Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(5), 875-889. doi: 10.1037/ccp0000037
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et*

sociales. 2e éd. Paris : Armand Colin.

- Paquette, D., Laporte, D., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 201-220. doi: 10.7202/008831ar
- Peter, T., Taylor, C., & Chamberland, L. (2015). A queer day in Canada: Examining Canadian high school students' experiences with school-based homophobia in two large-scale studies. *Journal of Homosexuality*, 62(2), 186-206. doi: 10.1080/00918369.2014.969057
- Petit, M.-P., Chamberland, L., Richard, G., & Chevrier, M. (2011). Jeunes de minorités sexuelles victimes d'homophobie en milieu scolaire : quels facteurs de protection? *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 30(2), 13-29.
- Plöderl, M., & Fartacek, R. (2009). Childhood gender nonconformity and harassment as predictors of suicidality among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Austrians. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 400-410. doi: 10.1007/s10508-007-9244-6
- Plöderl, M., Sellmeier, M., Fartacek, C., Pichler, E.-M., Fartacek, R., & Kralovec, K. (2014). Explaining the suicide risk of sexual minority individuals by contrasting the minority stress model with suicide models. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1559-1570. doi: 10.1007/s10508-014-0268-4
- Remafedi, G. (1999). Sexual orientation and youth suicide. *Journal of the American Medical Association*, 282(13), 1291-1292. doi: 10.1001/jama.282.13.1291
- Renaud, J., Berlim, M. T., Begolli, M., McGirr, A., & Turecki, G. (2010). Sexual orientation and gender identity in youth suicide victims: An exploratory study. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 55(1), 29-34.

- Renaud, J., Berlim, M. T., McGirr, A., Tousignant, M., & Turecki, G. (2008). Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: A case-control study. *Journal of Affective Disorders, 105*(1-3), 221-228. doi: 10.1016/j.jad.2007.05.013
- Richard, G. (2015). *Pratiques enseignantes et diversité sexuelle. Analyse des pratiques pédagogiques et d'intervention d'enseignants de l'école secondaire québécoise* (Thèse de doctorat). Consulté de <http://hdl.handle.net/1866/11405>
- Richard, G., Chamberland, L., Petit, M.-P. (2013). L'inclusion de la diversité sexuelle à l'école: Les enjeux pour les élèves lesbiennes, gais, bisexuels et en questionnement. *Revue Canadienne de l'éducation, 36*(1), 375-404.
- Rieger, G., & Savin-Williams, R. C. (2012). Gender nonconformity, sexual orientation, and psychological well-being. *Archives of Sexual Behavior, 41*(3), 611-621. doi: 10.1007/s10508-011-9738-0
- Riggle, E. D. B., Rostosky, S. S., & Horne, S. G. (2010). Psychological distress, well-being, and legal recognition in same-sex couple relationships. *Journal of Family Psychology, 24*(1), 82-86. doi: 10.1037/a0017942
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2005). Psychological Distress Following Suicidality Among Gay, Lesbian, and Bisexual Youths: Role of Social Relationships. *Journal of Youth and Adolescence, 34*(2), 149-161. doi: 10.1007/s10964-005-3213-y
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ : University Press.
- Rothman, E. F., Sullivan, M., Keyes, S., & Boehmer, U. (2012). Parents' supportive reactions to sexual orientation disclosure associated with better health: Results from a population-

based survey of LGB adults in Massachusetts. *Journal of Homosexuality*, 59(2), 186-200.
doi: 10.1080/00918369.2012.648878

Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1276-1281. doi: 10.2105/AJPH.91.8.1276

Russell, S. T., Seif, H., & Truong, N. L. (2001). School outcomes of sexual minority youth in the United States : evidence from a national study. *Journal of Adolescence*, 24(1), 111-127. doi: 10.1006/jado.2000.0365

Russell, S. T., & Toomey, R. B. (2013). Risk and protective factors for suicidal thoughts among sexual minority youth: Evidence from the add health study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 17(2), 132-149. doi: 10.1080/19359705.2012.753398

Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213. doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x

Saewyc, E. M., Homma, Y., Skay, C. L., Bearinger, L. H., Resnick, M. D., & Reis, E. (2009). Protective factors in the lives of bisexual adolescents in North America. *American Journal of Public Health*, 99(1), 110-117. doi: 10.2105/AJPH.2007.123109

Savin-Williams, R. C. (1990). *Gay ans lesbian youth : Expressions of identity*. New York: Hemisphere.

Savin-Williams, R. C. (1995). *Lesbian and Gay Male and Bisexual Adolescents*. Oxford: University Press.

Savin-Williams, R. C., & Rodriguez, R. G. (1993). *A developmental, clinical perspective on lesbian, gay male, and bisexual youths*. Dans Gullotta, T. P., Adams, G. R., &

Montemayor, R. (Eds.), *Adolescent sexuality*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Scourfield, J., Roen, K., & McDermott, L. (2008). Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's experiences of distress: Resilience, ambivalence and self-destructive behaviour. *Health & Social Care in the Community*, *16*(3), 329-336. doi: 10.1111/j.1365-2524.2008.00769.x

Séguin, M., Lynch, J., Labelle, R., & Gagnon, A. (2004). Personal and family risk factors for adolescent suicidal ideation and attempts. *Archives of Suicide Research*, *8*(3), 227-238. doi: 10.1080/13811110490444379

Sharkey, S., Jones, R., Smithson, J., Hewis, E., Emmens, T., Ford, T., & Owens, C. (2011). Ethical practice in internet research involving vulnerable people: Lessons from a self-harm discussion forum study (SharpTalk). *Journal of Medical Ethics: Journal of the Institute of Medical Ethics*, *37*(12), 752-758. doi:10.1136/medethics-2011-100080

Shilo, G., & Savaya, R. (2011). Effects of family and friend support on LGB youths' mental health and sexual orientation milestones. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, *60*(3), 318-330. doi: 10.1111/j.1741-3729.2011.00648.x

Silva, C., Chu, C., Monahan, K. R., & Joiner, T. E. (2014). Suicide Risk Among Sexual Minority College Students: A Mediated Moderation Model of Sex and Perceived Burdensomeness. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(1), 22-33. doi: 10.1037/sgd0000086

Skerrett, D. M., Kólves, K., & De Leo, D. (2014). Suicides among lesbian, gay, bisexual, and transgender populations in Australia: An analysis of the Queensland Suicide Register. *Asia-Pacific Psychiatry*, *6*, 440-446. doi: 10.1111/appy.12128

- Skidmore, W. C., Linsenmeier, J. A. W., & Bailey, J. M. (2006). Gender nonconformity and psychological distress in lesbians and gay men. *Archives of Sexual Behavior, 35*(6), 685-697. doi: 10.1007/s10508-006-9108-5
- Spencer, S. M., & Patrick, J. H. (2009). Social Support and Personal Mastery as Protective Resources During Emerging Adulthood. *Journal of Adult Development, 16*(4), 191-198. doi: 10.1007/s10804-009-9064-0
- Statistique Canada. (2014). *Suicide et taux de suicides selon le sexe et l'âge*. Consulté de <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/hlth36a-fra.htm>
- Statistique Canada. (2015). *Les couples de même sexe et l'orientation sexuelle... en chiffres*. Consulté de http://www.statcan.gc.ca/fra/quo/smr08/2015/smr08_203_2015#a3
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed Suicide After a Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up Study. *The American Journal of Psychiatry, 161*(3), 563-564. doi: 10.1176/appi.ajp.161.3.562
- Teasdale, B., & Bradley-Engen, M. S. (2010). Adolescent same-sex attraction and mental health: The role of stress and support. *Journal of Homosexuality, 57*(2), 287-309. doi:10.1080/00918360903489127
- Tidemalm, D., Långström, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *British Medical Journal, 337*(7682), No Pagination Specified. doi:10.1136/bmj.a2205
- Tremblay, M. (2015). *Queer mobilizations : Social movement activism and canadian public policy*. Vancouver, Canada: UBC Press.

- Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: The role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30(6), 398-408.
- Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'Échelle de l'Estime de Soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25(3), 305-316. doi: 10.1080/00207599008247865
- Vyncke, J. D., Julien, D., Jouvin, E., & Jodoin, E. (2014). Systemic heterosexism and adjustment among adolescents raised by lesbian mothers. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(3), 375-386. doi: 10.1037/a0034663
- Warner, J., McKeown, É., Griffin, M., Johnson, K., Ramsay, A., Cort, C. (2004). Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women: Results from a survey based in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 185(6), 479-485. doi: 10.1192/bjp.185.6.479
- Weibley, S. M. (2010). Creating a scale to measure internalized homophobia among self-identified lesbians. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 70(10-B), 6106.
- Weinrich, J. D., & Klein, F. (2002). Bi-gay, bi-straight, and bi-bi. *Journal of Bisexuality*, 2(4), 109-139. doi: 10.1300/J159v02n04_07
- Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., & O'Grady, K. E. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 287-294.
doi:10.1016/j.jad.2010.04.017

- Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence, 76*, 11-19. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003
- Wolff, J. R., Allen, K. D., Himes, H. L., Fish, A. E., & Losardo, J. R. (2014). A retrospective examination of completed sexual and gender minority youth suicides in the United States: What can be learned from written online media? *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 18*(1), 3-30. doi: 10.1080/19359705.2013.827607
- Wong, C. F., Schrage, S. M., Holloway, I. W., Meyer, I., & Kipke, M. D. (2014). Minority stress experiences and psychological well-being: The impact of support from and connection to social networks within the Los Angeles House and Ball communities. *Prevention Science, 15*(1), 44-55. doi: 10.1007/s11121-012-0348-4
- Zhao, Y., Montoro, R., Igartua, K., & Thombs, B. D. (2010). Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting "unsure" sexual identity or heterosexual identity plus same-sex attraction or behavior: Forgotten groups? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(2), 104-113. doi: 10.1097/00004583-201002000-00004
- Zou, C., Andersen, J. P., & Blosnich, J. R. (2013). The association between bullying and physical health among gay, lesbian, and bisexual individuals. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 19*(6), 356-365. doi: 10.1177/1078390313510739

ANNEXE A : Questionnaire

Message d'accueil

Projet de recherche sur les facteurs de risque et de protection face au suicide

Chercheuses principales : Marie-Hélène Létourneau-Picard, Université du Québec en Outaouais

Monique Séguin, Ph.D., Université du Québec en Outaouais et Groupe McGill d'étude sur le suicide

Isabel Côté, Ph.D., Université du Québec en Outaouais et équipe de recherche Sexualités et Genres:

Vulnérabilité et résilience

Bonjour,

Nous sommes à la recherche de participants québécois et participantes québécoises pour une étude anonyme portant sur les facteurs de risque et de protection face au suicide chez les personnes de 14 ans et plus qui ont fait une tentative de suicide dans les cinq dernières années.

Votre participation à cette étude, qui serait utile et très appréciée, consiste à répondre à ce questionnaire électronique. Vous aurez besoin d'environ 40 minutes pour répondre aux questions.

Pour plus d'informations, vous pouvez nous écrire à l'adresse suivante : etudeglbt@gmail.com

Merci pour votre temps et votre collaboration!

Marie-Hélène Létourneau-Picard

Étudiante au doctorat en psychologie

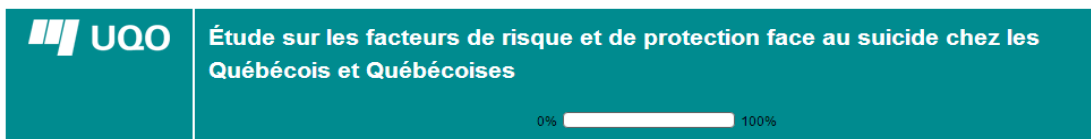
Université du Québec en Outaouais

Québec : Ligne pour la prévention du suicide au Québec : **1-866-277-3553**

Canada : L'Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS) : <http://www.suicideprevention.ca/>

Ailleurs : Association internationale de prévention pour le suicide (IASP) : <http://www.iasp.info/>

Gai Écoute: Centre d'aide et d'écoute téléphonique: **1-888-505-1010**



ACCEPTATION AUX CONDITIONS DE L'ÉTUDE

Chercheuses principales : Marie-Hélène Létourneau-Picard, Université du Québec en Outaouais

Monique Séguin, Ph.D., Université du Québec en Outaouais et Groupe McGill d'étude sur le suicide

Isabel Côté, Ph.D., Université du Québec en Outaouais et équipe de recherche Sexualités et Genres: Vulnérabilité et résilience

Objectif: La présente étude vise à mieux identifier les éléments qui peuvent accentuer les idées suicidaires et les éléments qui permettent de se protéger contre les idées suicidaires chez les Québécois et les Québécoises. Les résultats regroupés pourront nous aider à faire avancer les connaissances dans le domaine du suicide.

Nous sommes à la recherche de participants québécois et québécoises âgés(es) de 14 ans et plus, et qui ont fait une tentative de suicide dans les cinq dernières années. Pour participer à cette étude, il suffit de compléter le questionnaire dont les réponses peuvent prendre approximativement 40 minutes. Ce questionnaire est électronique, vous pouvez donc y répondre au moment où vous le souhaitez. Il est également recommandé de répondre au questionnaire dans un endroit calme et où vous ne serez pas dérangé. Le questionnaire sera ensuite directement envoyé au chercheur. Il est important de bien comprendre que votre acceptation à la suite de ce formulaire constitue un consentement à participer à ce projet.

La participation à ce projet de recherche est volontaire et non-rémunérée. Vous n'êtes pas obligé(e) de participer si cela ne vous intéresse pas. Participer à l'étude (ou non) n'aura pas de conséquences positives ou négatives sur les services qui vous sont offerts par l'organisme hébergeant ce site internet. Parce que certaines questions portent sur des expériences difficiles ou sur de l'information personnelle, il est possible que les réponses à ce questionnaire produisent chez certaines personnes un inconfort passager. Si cet inconfort persiste, nous vous invitons à contacter l'une des associations recommandées au bas de cette page, ou encore, à contacter la chercheuse à l'adresse courriel suivante : etudeglbt@gmail.com. À tout moment, vous pouvez arrêter de compléter le questionnaire ou abandonner l'étude, sans pénalité. La participation à cette étude est gratuite.

Les réponses au questionnaire sont anonymes et confidentielles. Les noms des participants ne sont pas demandés à aucun moment. Les questionnaires complétés seront conservés sur un ordinateur dans un local de recherche à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et seuls les chercheurs y auront accès. Les résultats de l'étude seront rapportés en format de groupe seulement. Les questionnaires seront conservés en sécurité jusqu'à 5 ans après la diffusion scientifique des résultats et ils seront détruits par la suite.

Ce projet constitue le projet d'essai doctoral de Marie-Hélène Létourneau-Picard, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec en Outaouais (UQO), sous la supervision de Monique Séguin, professeure et chercheuse à l'UQO et au Groupe McGill d'étude sur le suicide, ainsi que sous la supervision d'Isabel Côté, professeure et chercheuse à l'UQO. Nous vous invitons à communiquer avec nous, si vous avez des questions ou si vous désirez obtenir de l'information additionnelle par courriel à l'adresse suivante : etudeglbt@gmail.com. Cette étude bénéficie de bourses de recherche de l'équipe Sexualités et Genres: Vulnérabilité et résilience, du Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés ainsi que le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture. Pour avoir de l'information sur vos droits en tant que participant à un projet de recherche, vous pouvez vous adresser au Président du Comité d'Éthique en Recherche de l'UQO, Monsieur André Durivage, au (819) 595-3900, poste 1781, ou encore à l'adresse courriel suivante : andre.durivage@uqo.ca.

Votre implication dans cette étude pourrait permettre de mieux comprendre le vécu des Québécois et Québécoises face au suicide. Nous vous remercions donc pour votre précieuse participation.

MERCI BEAUCOUP !

Votre participation est utile et très appréciée!

Marie-Hélène Létourneau-Picard

Étudiante au doctorat en psychologie

Université du Québec en Outaouais

etudeglbt@gmail.com

Parler d'une expérience douloureuse peut être difficile. Si vous ressentez un inconfort pendant la complétion de ce questionnaire et que celui-ci persiste, ne restez pas seul! Contactez les ressources suivantes :

Québec : Ligne pour la prévention du suicide au Québec : **1-866-277-3553**

Canada : L'Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS) : <http://www.suicideprevention.ca/>


Ailleurs : Association internationale de prévention pour le suicide (IASP) : <http://www.iasp.info/>


Gai Écoute : Centre d'aide et d'écoute téléphonique : **1-888-505-1010**

* Pour participer à cette étude et pour avoir accès au questionnaire, cliquez sur le bouton «J'accepte», signifiant que vous bien compris et que vous acceptez les conditions de l'étude mentionnées ci-haut.

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

J'accepte les conditions de cette étude et je reconnais avoir lu les conditions décrites ci-haut.

 **Étude sur les facteurs de risque et de protection face au suicide chez les Québécois et Québécoises**

0%  100%

Description du participant

*** Genre: Quelle est votre identité de genre, telle que vous la définissez?**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Cette question est obligatoire.

- Femme
- Homme
- Autre, spécifiez:

Veillez saisir votre commentaire ici:

*** Âge**

Cette question est obligatoire. Veuillez compléter toutes les parties.

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

Age

*** Origine ethnique**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Cette question est obligatoire.

- Blanche
- Afroaméricaine
- Asiatique
- Hispanique
- Autre

*** Religion**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Cette question est obligatoire.

- Catholique
- Protestante
- Juive
- Témoin de Jéovah
- Aucune (athée)
- Autre

*** Laquelle des activités suivantes correspond le mieux à votre situation actuelle? Êtes-vous...**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Cette question est obligatoire.

- Travailleur(se) à temps plein (30 heures et +/sem.)
- Travailleur(se) à temps partiel
- Travailleur(se) autonome
- Chômeur(se), à la recherche d'un emploi
- À la maison à temps plein (parent à temps plein)
- À la maison à temps plein (prestataire d'une sécurité du revenu)
- Retraité(e)
- Étudiant(e)

*** Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété?**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Cette question est obligatoire.

- Secondaire interrompu ou non complété
- Diplôme d'études secondaire (général ou professionnel)
- Diplôme d'études collégiales
- Diplôme universitaire de premier cycle
- Diplôme universitaire de deuxième cycle
- Diplôme universitaire de troisième cycle

*

Dans laquelle des catégories suivantes se situe le revenu annuel total, avant impôts et déductions, de tous les membres de votre foyer, en vous incluant? Est-ce...

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Cette question est obligatoire.

- Moins de 20 000 \$
- 20 000 \$ à 39 999 \$
- 40 000 \$ à 59 999 \$
- 60 000 \$ à 79 999 \$
- 80 000 \$ à 99 999 \$
- 100 000 \$ et plus

* **Avec qui habitez-vous?**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Cette question est obligatoire.

- Je vis seul(e)
- Avec ma famille d'origine (parents, frères ou sœurs)
- Avec mon conjoint ou ma conjointe
- Avec mon conjoint ou ma conjointe et mon(mes) enfant(s)
- Avec des colocataires
- Avec mon(mes) enfant(s)
- Autre

* **Dans quelle région du Québec habitez-vous?**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Cette question est obligatoire.

Veillez choisir ... ▼

UQO Étude sur les facteurs de risque et de protection face au suicide chez les Québécois et Québécoises

0%  100%

Orientation

* **Quelle est votre orientation sexuelle, telle que vous la définissez?**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Hétérosexuelle
 Bisexuelle
 Homosexuelle
 Queer
 En questionnement
 Autre, spécifiez :

Veillez saisir votre commentaire ici:

* **Encerclez le chiffre qui vous correspond le plus en terme de masculinité ou féminité dans le moment présent (façon de parler, marcher, de se vêtir) :**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

0 (Masculin)
 1
 2
 3 (Androgyne)
 4
 5
 6 (Féminin)

* **Encerclez le chiffre qui vous correspondait le plus en terme de masculinité ou féminité lors de votre adolescence (façon de parler, marcher, de se vêtir) :**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

0 (Masculin)
 1
 2
 3 (Androgyne)
 4
 5
 6 (Féminin)

* **Avez-vous déjà effectué une transition de genre?**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Non
 Oui, spécifiez:

Veillez saisir votre commentaire ici:



Étude sur les facteurs de risque et de protection face au suicide chez les Québécois et Québécoises

0% 100%

Soutien social

Ces derniers mois, y a-t-il eu dans votre entourage des personnes qui, lorsque vous en aviez besoin :

A. Vous ont réconforté(e) et écouté(e)?

Combien?	Famille	Amis ou camarades	Collègues	Professionnels de la santé (médecins, psychologues, etc.)
En êtes-vous satisfait ? De 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait)	...	...	...	...

B. Se sont occupées de vous et vous ont aidé(e) matériellement?

Combien?	Famille	Amis ou camarades	Collègues	Professionnels de la santé (médecins, psychologues, etc.)
En êtes-vous satisfait ? De 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait)	...	...	...	...

C. Vous ont donné des conseils, des informations, des suggestions?

Combien?	Famille	Amis ou camarades	Collègues	Professionnels de la santé (médecins, psychologues, etc.)
En êtes-vous satisfait ? De 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait)	...	...	...	...

D. Vous ont redonné confiance en vous-mêmes?

Combien?	Famille	Amis ou camarades	Collègues	Professionnels de la santé (médecins, psychologues, etc.)
En êtes-vous satisfait ? De 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait)	...	...	...	...



Étude sur les facteurs de risque et de protection face au suicide chez les Québécois et Québécoises

0%  100%

Humeur

* **Ce questionnaire d'auto évaluation comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel. Cochez l'énoncé qui correspond à la proposition choisie.**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Je ne me sens pas triste.
- Je me sens triste.
- Je me sens tout le temps triste, et je n'arrive pas à en sortir.
- Je suis si triste et si malheureux(se) que je ne peux pas le supporter.
- Je préfère ne pas répondre.

* *Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- Je ne suis pas particulièrement découragé(e) ni pessimiste au sujet de l'avenir.
- J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.
- Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.
- Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.
- Je préfère ne pas répondre.

* *Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.
- J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.
- Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.
- J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).
- Je préfère ne pas répondre.

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Je ne me sens pas particulièrement insatisfait(e).
- Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.
- Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.
- Je suis mécontent(e) de tout.
- Je préfère ne pas répondre.

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Je ne me sens pas coupable.
- Je me sens mauvais(e) ou indigne une bonne partie du temps.
- Je me sens coupable.
- Je me juge très mauvais(e) et j'ai l'impression que je ne vauds rien.
- Je préfère ne pas répondre.

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Je ne suis pas déçu(e) par moi-même.
- Je suis déçu(e) par moi-même.
- Je me dégoûte moi-même.
- Je me hais.
- Je préfère ne pas répondre.

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Je ne pense pas à me faire du mal.
- Je pense que la mort me libérerait.
- J'ai des plans précis pour me suicider.
- Si je le pouvais, je me tuerais.
- Je préfère ne pas répondre.

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.
- Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.
- J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.
- J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.
- Je préfère ne pas répondre.

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Je suis capable de me décider aussi facilement que d'habitude.
- J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.
- J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.
- Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.
- Je préfère ne pas répondre.

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid(e) qu'avant.
- J'ai peur de paraître vieux(vieille) ou disgracieux(se).
- J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux(se).
- J'ai l'impression d'être laid(e) et repoussant(e).
- Je préfère ne pas répondre.

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Je travaille aussi facilement qu'auparavant.
- Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.
- Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.
- Je suis incapable de faire le moindre travail.
- Je préfère ne pas répondre.

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- Je suis fatigué(e) plus facilement que d'habitude.
- Faire quoi que ce soit me fatigue.
- Je suis épuisé(e) au moindre travail.
- Je préfère ne pas répondre.

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Mon appétit est toujours aussi bon.
- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
- Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
- Je n'ai plus du tout d'appétit.
- Je préfère ne pas répondre.



Étude sur les facteurs de risque et de protection face au suicide chez les Québécois et Québécoises

0%  100%

Consommation d'alcool

Ce questionnaire permet d'évaluer par vous-même votre consommation d'alcool de l'année écoulée. Merci de le remplir en cochant une réponse par ligne. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et non pas les dernières semaines. Si vous ne prenez jamais d'alcool, ne répondez qu'à la première question.

* 1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Jamais
- Une fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois ou plus par semaine
- Je préfère ne pas répondre.

2. Combien de consommations d'alcool buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Une ou deux
- Trois ou quatre
- Cinq ou six
- Sept à neuf
- Dix ou plus
- Sans réponse

3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six consommations d'alcool ou plus ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Chaque jour ou presque
- Sans réponse

4. Dans l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Chaque jour ou presque
- Sans réponse

5. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Chaque jour ou presque
- Sans réponse

6. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Chaque jour ou presque
- Sans réponse

7. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Chaque jour ou presque
- Sans réponse

8. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Chaque jour ou presque
- Sans réponse

9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Non
- Oui, mais pas dans les douze derniers mois
- Oui, au cours des douze derniers mois
- Sans réponse

10. Est-ce qu'un proche, un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Non
- Oui, mais pas dans les douze derniers mois
- Oui, au cours des douze derniers mois
- Sans réponse



Étude sur les facteurs de risque et de protection face au suicide chez les Québécois et Québécoises

0%  100%

Comportements suicidaires

* 1. Avez-vous déjà pensé au suicide?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre.

2. À quel âge ont apparu vos premières idées suicidaires?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

3. À quel âge avez-vous fait votre première tentative de suicide?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

4. Quel âge aviez-vous lors de votre dernière tentative de suicide?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

* 5. Avez-vous déjà effectué une tentative de suicide qui n'a pas requis une hospitalisation?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre.

Si oui, combien de fois?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

? En référence à la question précédente : Avez-vous déjà effectué une tentative de suicide qui n'a pas requis une hospitalisation?

* 6. Avez-vous déjà fait une tentative de suicide qui a requiert une hospitalisation?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre.

Si oui, combien de fois avez-vous été hospitalisé suite à une tentative de suicide?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

7. Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à poser un geste suicidaire?

* 8. Suite à votre dernière tentative de suicide, avez-vous reçu de l'aide professionnelle?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

Si oui, qui vous a aidé? Avez-vous été satisfait?

* 9. Au cours des cinq dernières années, avez-vous reçu un diagnostic de santé mentale par un professionnel de la santé?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre.

Si vous avez répondu oui à la question précédente, indiquez quel(s) diagnostic(s) de santé mentale vous avez reçu(s) au cours des cinq dernières années :



Étude sur les facteurs de risque et de protection face au suicide chez les Québécois et Québécoises

0% 100%

Stratégies d'adaptation

*

Nous sommes intéressées par la façon dont les personnes répondent lorsqu'elles sont confrontées aux événements difficiles ou stressants dans leur vie. Il y a beaucoup de manière d'essayer de faire face au stress. Ce questionnaire vous demande d'indiquer ce que vous faites ou ressentez habituellement lors d'un événement stressant. Cochez le chiffre qui correspond à votre situation.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Tout fait	Je préfère à ne pas répondre.
1. Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je détermine une ligne d'action et je la suis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je me dis que ce n'est pas réel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Je recherche un soutien émotionnel de la part des autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Je renonce à essayer de résoudre la situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. J'essaie de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. J'accepte la réalité de ma nouvelle situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. J'évacue mes sentiments déplaisants en en parlant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Je recherche l'aide et le conseil d'autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. J'essaie de voir la situation sous un jour plus positif.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Je me critique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Je recherche le soutien et la compréhension de quelqu'un.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. J'abandonne l'espoir de faire face.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Je prends la situation avec humour.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Je fais quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. J'exprime mes sentiments négatifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. J'essaie d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il faut faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Je concentre mes efforts pour résoudre la situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Je refuse de croire que ça m'arrive.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Je planifie les étapes à suivre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Je me reproche les choses qui m'arrivent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Tout fait	Je préfère à ne pas répondre.
26. Je recherche les aspects positifs dans ce qu'il m'arrive.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Je prie ou médite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Je m'amuse de la situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quels sont les motifs qui, dans les cinq dernières années, vous ont incités à NE PAS poser un geste suicidaire?

Perceptions de l'orientation sexuelle

Les questions suivantes présentent différents énoncés concernant votre orientation sexuelle. Pour chaque question, indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord selon votre vécu au cours des 5 dernières années.

	1 = totalement en désaccord	2 = en désaccord	3 = je ne sais	4 = en totallement en accord	5 = Sans réponse
1. Si je le pouvais, je changerais d'orientation sexuelle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. J'aurais aimé pouvoir me confier davantage à propos de mes sentiments amoureux, mais je ne suis pas à l'aise d'en parler avec mes proches.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. Le processus d'acceptation de mon orientation sexuelle a été long et difficile.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. En public, je préfère agir en ami(e) avec mon partenaire plutôt qu'en amoureux(se).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. Je pense que mon orientation sexuelle affecte la façon dont les gens me perçoivent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. Je me suis posé(e) beaucoup de questions face à mon orientation sexuelle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7. Plusieurs de mes proches n'ont pas accepté mon orientation sexuelle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8. Dans certains milieux de ma vie, je prétends avoir une autre orientation sexuelle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9. J'ai été victime d'harcèlement psychologique ou de discrimination à cause de mon orientation sexuelle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10. J'ai été victime d'attaques physiques à cause de mon orientation sexuelle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
11. Pour éviter des conséquences négatives, j'ai caché mon orientation sexuelle à certaines personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
12. J'ai honte de mon orientation sexuelle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
13. Je crois qu'un style de vie homosexuel ou bisexuel ne permet pas de s'épanouir autant qu'un style de vie hétérosexuel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14. Je suis fier/fière de mon orientation sexuelle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>



Étude sur les facteurs de risque et de protection face au suicide chez les Québécois et Québécoises

0% 100%

Estime de soi

* Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en cochant la case appropriée.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord	Je préfère ne pas répondre.
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Parfois je me sens vraiment inutile.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Étude sur les facteurs de risque et de protection face au suicide chez les Québécois et Québécoises

0% 100%

Climat de travail ou climat dans le milieu scolaire

Répondez aux énoncés suivants le plus honnêtement possible afin de dresser un portrait réaliste de votre situation.

Avez-vous été confronté(e) au travail ou dans votre milieu scolaire à l'une des situations suivantes **au cours des 12 derniers mois**? Merci de cocher la ou les cases qui correspondent à votre situation.

1. Par rapport à vos relations de travail ou vos relations dans votre milieu scolaire:

	Cochez cette case si l'énoncé correspond à votre situation	
	Sans réponse	
1. Votre supérieur hiérarchique vous refuse la possibilité de vous exprimer.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. Vous êtes constamment interrompu(e) lorsque vous vous exprimez.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. D'autres personnes vous empêchent de vous exprimer.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
On exerce sur vous une pression de diverses manières :		
4.1 On crie après vous, on vous injurie à haute voix.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4.2 Critique permanente à propos de votre travail.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4.3 Critique permanente à propos de votre vie privée.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4.4 Harcèlement téléphonique.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4.5 Menaces verbales.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4.6 Menaces écrites.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
On vous refuse le contact de diverses manières :		
5.1 Regards ou gestes méprisants.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5.2 On ignore votre présence en s'adressant exclusivement à d'autres.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

2. On vous isole systématiquement:

	Cochez cette case si l'énoncé correspond à votre situation	
	Sans réponse	
1. On ne vous adresse pas la parole.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. On ne veut pas être abordé par vous.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. On vous a mis à un poste de travail qui vous isole des autres.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. On interdit à vos collègues de vous parler.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. On fait comme si vous n'existiez pas.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. On s'adresse à vous seulement par écrit.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

3. Vos tâches professionnelles ou scolaires sont modifiées, comme punition:

	Cochez cette case si l'énoncé correspond à votre situation	
	Sans réponse	
1. On ne vous confie aucune tâche, vous n'avez pas de travail.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. On vous confie des tâches sans intérêt.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. On vous confie des tâches très inférieures à vos compétences.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. On vous donne sans cesse de nouvelles tâches.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. On vous confie des tâches humiliantes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. On vous confie des tâches très supérieures à vos compétences.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

4. Attaques sur votre personne:

	Cochez cette case si l'énoncé correspond à votre situation		Sans réponse
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. On dit du mal de vous dans votre dos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. On propage des rumeurs fausses sur vous.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. On vous ridiculise devant les autres.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. On vous soupçonne d'être psychologiquement malade.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. On veut vous contraindre à un examen psychiatrique.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. On se moque d'un handicap que vous avez.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. On imite votre allure, votre voix et vos gestes, afin de vous ridiculiser.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. On attaque vos opinions politiques ou religieuses.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. On attaque ou on se moque de vos origines.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Vous êtes obligé(e) de mener des travaux qui blessent votre conscience.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. On juge votre travail de façon injuste et blessante.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. On remet vos décisions en question.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. On vous injurie dans des termes obscènes ou dégradants.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. On vous fait verbalement des allusions ou propositions sexuelles.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Violence et menaces de violence

	Cochez cette case si l'énoncé correspond à votre situation		Sans réponse
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. On vous oblige à faire des tâches qui nuisent à votre santé.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. On vous menace de violences corporelles.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. On utilise des violences légères contre vous à titre d'avertissement.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vous êtes physiquement maltraité(e).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Quelqu'un vous occasionne des frais afin de vous nuire.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Quelqu'un occasionne des dégâts à votre domicile ou sur votre lieu de travail (ou votre milieu scolaire).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. On en vient à des agressions sexuelles envers vous.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Autres événements ou situations que vous souhaiteriez citer:

? Si vous n'avez été confronté(e) à aucune des situations précédentes (question 1 à 6) au cours des 12 derniers mois, merci de passer directement aux questions 13 et 14.

7. À quelle fréquence avez-vous été confronté(e) à une ou plusieurs de ces situations (questions 1 à 6) au cours des 12 derniers mois?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Tous les jours
- Presque tous les jours
- Au moins 1 fois par semaine
- Au moins 1 fois par mois
- Rarement
- Sans réponse

8. Pendant combien de temps avez-vous été confronté(e) à ces situations?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

Années

Mois

9. Êtes-vous encore aujourd'hui confronté(e) à ces situations ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui, confronté(e) encore aujourd'hui.
- Non, confronté(e) antérieurement dans le même emploi (ou milieu scolaire).
- Non, confronté(e) antérieurement dans un emploi (ou milieu scolaire) précédent.
- Sans réponse

10. Qui, dans cette période, a agit de la sorte?

	Sexe de cette (ces) personne(s) : Homme	Sexe de cette (ces) personne(s) : Femme	Aussi bien des hommes que des femmes	Sans réponse
Collègue(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Gestionnaire(s) ou personne(s) ayant une position supérieure à la vôtre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Subordonnées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

11. Combien de personnes se sont mises contre vous durant cette période?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

12a. Avez-vous eu une ou des personnes vers qui vous tourner pour parler de ces problèmes?

Si OUI, qui? (Si non, passez à la question 12b)

Cochez la ou les réponses

- Collègue
- Supérieur(e)
- Responsable du personnel/des ressources humaines
- Programme d'aide aux employés
- Représentant(e) syndical
- Médecin
- Psychologue, travailleur(se) social, infirmier(ère)
- Professeur(e)
- Directeur(trice)
- Avocat(e)
- Amis(es) ou connaissances en dehors du travail (ou du milieu scolaire)
- Membres de la famille, parents

12b. Avez-vous eu une ou des personnes vers qui vous tourner pour parler de ces problèmes?

NON:

(Si vous avez répondu oui à la question précédente, passez à la question suivante)

Cochez la ou les réponses

- Non, je n'ai eu personne vers qui j'ai pu me tourner, mais je l'aurais souhaité.
- Non, je n'ai eu personne vers qui j'ai pu me tourner, je n'en avais pas besoin.

*

13. La violence psychologique au travail ou dans le milieu scolaire peut se définir par une situation où une personne est sujette à des comportements hostiles de la part d'une ou plusieurs personnes de son environnement de travail (ou environnement scolaire), qui visent de manière continue et répétée à la blesser, à l'oppresser, à la maltraiter, ou encore à l'exclure ou à l'isoler, pendant une longue période de temps.

En utilisant cette définition, considérez-vous que vous avez fait l'objet de violence psychologique au travail au cours des 12 derniers mois?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre.

Si oui, à quoi attribuez-vous ces comportements hostiles envers vous?

Cochez la ou les cases les plus appropriées.

Cochez la ou les réponses

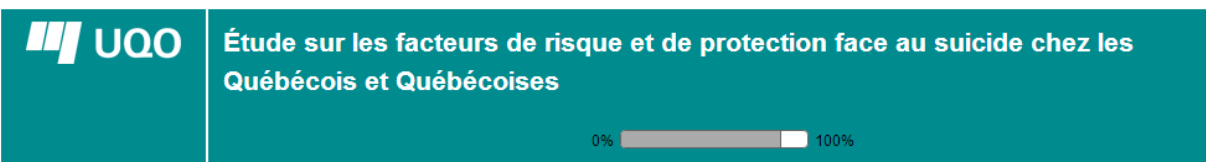
- À une mauvaise ambiance générale de travail ou du milieu scolaire
- À une mauvaise organisation du travail ou du milieu scolaire
- À des problèmes de management, d'encadrement
- À des problèmes de compétition entre les gens
- À mon orientation sexuelle
- À mon identité de genre
- À l'envie, la jalousie
- À un conflit ou un différend non résolu au travail ou à l'école
- Parce que l'on veut me faire quitter mon emploi/mon école
- Parce que je suis différent(e) des autres à cause de mon âge, sexe, nationalité ou handicap...
- Je ne sais pas

*

14. En utilisant également la définition précédente (question 13), pensez-vous avoir été témoin de violence psychologique envers une autre personne sur votre lieu de travail ou dans votre milieu scolaire au cours des 12 derniers mois?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre.



Suis-je heureux dans la vie?

* Cochez le chiffre qui décrit le mieux vos perceptions.

	1 (Pas du tout)	2	3	4 (Moyennement)	5	6	7 (Tout à fait)	Je préfère ne pas répondre.
1. En général, ma vie correspond d'assez près à mon idéal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Mes conditions de vie sont excellentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je suis satisfait(e) de ma vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Jusqu'à présent, j'ai obtenu les choses qui étaient importantes pour moi dans la vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Si je pouvais recommencer ma vie, je ne changerais presque rien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MERCI BEAUCOUP !

Votre participation est utile et très appréciée!

Marie-Hélène Létourneau-Picard
Étudiante au doctorat en psychologie
Université du Québec en Outaouais
etudeglbt@gmail.com

Parler d'une expérience douloureuse peut être difficile. Si vous avez ressenti un inconfort pendant la complétion de ce questionnaire et que celui-ci persiste, ne restez pas seul(e)! Contactez les ressources suivantes :

Québec : Ligne pour la prévention du suicide au Québec : **1-866-277-3553**

Canada : L'Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS) : <http://www.suicideprevention.ca/>

Ailleurs : Association internationale de prévention pour le suicide (IASP) : <http://www.iasp.info/>

Gai Écoute: Centre d'aide et d'écoute téléphonique: **1-888-505-1010**

Pour contacter la chercheuse de cette étude : etudeglbt@gmail.com