



Rapport

Le risque de suicide chez les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle (lesbiennes, bisexuels, gais)

Groupe de travail sur le suicide des jeunes

Rapporteur : Jean-Marie Firdion

Décembre 2001

Sommaire

<i>Synthèse</i>	<i>i</i>
<i>Introduction</i>	<i>1</i>
<i>1. Les chiffres du suicide et les dispositifs mis en œuvre</i>	<i>2</i>
<i>1.1 Un problème de santé mentale mais aussi une question sociale</i>	<i>2</i>
<i>1.2 Des difficultés de méthode pour saisir le phénomène</i>	<i>3</i>
<i>1.3 Suicides et tentatives de suicide : des chiffres inquiétants</i>	<i>4</i>
<i>1.4 Mise en place de politiques de prévention</i>	<i>5</i>
<i>1.5 Mais des approches parfois limitées</i>	<i>8</i>
<i>2. Quelques pistes d'analyse</i>	<i>9</i>
<i>2.1 Jeunes suicidants et caractéristiques sociales</i>	<i>10</i>
<i>2.2 Enquêtes rétrospectives auprès de jeunes adultes</i>	<i>12</i>
<i>2.3 Enquêtes rétrospectives auprès des proches des jeunes suicidés</i>	<i>12</i>
<i>3. Les jeunes lesbiennes, bisexuels et gays (Lesbigays)</i>	<i>13</i>
<i>3.1 La crise adolescente</i>	<i>14</i>
<i>3.2 Adolescence, attirances sexuelles, identité sexuelle</i>	<i>15</i>
<i>3.3 Les garçons : normes sexuelles et affirmation de soi</i>	<i>16</i>
<i>3.4 Les filles : contrôle social et affirmation de soi</i>	<i>18</i>
<i>3.5 Se découvrir Lesbigay durant l'adolescence</i>	<i>19</i>
<i>3.6 Les jeunes face à l'homophobie</i>	<i>21</i>
<i>3.7 L'homosexualité source de pathologie mentale ?</i>	<i>24</i>
<i>4. Les résultats de travaux empiriques auprès des Lesbigays</i>	<i>27</i>
<i>4.1 L'étude pionnière de Bell et Weinberg</i>	<i>27</i>
<i>4.2 Des enquêtes récentes sur échantillons de volontaires ou échantillons raisonnés</i>	<i>27</i>
<i>4.3 Des enquêtes récentes sur échantillons probabilistes</i>	<i>30</i>
<i>5. Conclusion et quelques pistes de prévention et d'action.....</i>	<i>35</i>
<i>5.1 Ce que nous avons constaté.....</i>	<i>35</i>
<i>5.2 Des actions nécessaires</i>	<i>37</i>
<i>5.3 Mot final</i>	<i>44</i>
<i>Références bibliographiques.....</i>	<i>45</i>
<i>Annexes</i>	<i>52</i>

Synthèse

Un constat inquiétant

Face à une diminution globale des décès, **les taux de suicide** parmi les populations jeunes **stagnent ou augmentent encore**, tandis que les **prévalences des tentatives de suicide (TS) semblent augmenter aux âges jeunes**. Ces constats ont conduit les pouvoirs publics, les professionnels et les associations d'aide ou militantes à porter une attention particulière à ces phénomènes jadis très minoritaires.

A l'aube du vingt et unième siècle, le **suicide** représente **la seconde cause de mortalité parmi les 15-24 ans** et chez les **25-34 ans la première cause de décès**. Les garçons sont davantage touchés que les filles. Les **tentatives de suicide** concernent **5 à 8 %** de la population des **adolescents de moins de 20 ans** et touchent davantage les filles que les garçons. Or l'on sait que la moitié des suicides accomplis ont été précédés d'une ou plusieurs tentatives.

Comme le montrait Emile Durkheim il y a près d'un siècle, les souffrances tout comme les détresses émotionnelles et sociales pouvant conduire un individu à un geste désespéré sont en lien, non seulement avec certaines caractéristiques individuelles, mais aussi **en lien avec des phénomènes sociaux** qui peuvent les renforcer ou contribuer à les causer. Réduire les comportements suicidaires à de seules pathologies mentales, constituerait une grave erreur dans une perspective de prévention.

Les résultats d'études récentes soulignent les risques des jeunes homosexuels

Depuis une dizaine d'années, des travaux scientifiques (reposant sur des échantillons représentatifs) ont mis en évidence que **les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle** (lesbienne, *gay*, bisexuel/le) **sont beaucoup plus à risque de faire une tentative de suicide** que leurs camarades exclusivement hétérosexuels. Ne disposant d'aucune étude sur ce sujet en France, nous nous appuyons sur les résultats, tous convergents, de travaux nord-américains. Sans extrapoler ces chiffres à la situation dans l'hexagone, ceux-ci indiquent clairement un lien entre l'orientation sexuelle et un risque accru de geste désespéré. Aux Etats-Unis, dans le cas des **garçons gays** ou bisexuels, ce risque est de **5 à 14 fois plus élevé**, tandis que pour les **filles lesbiennes** ou bisexuelles, ce risque est **supérieur de 40%**.

De plus, ces chercheurs ont pu vérifier l'hypothèse selon laquelle **ces risques accrus ne sont pas dus à l'homosexualité per se** mais bien plutôt au contexte socioculturel qui rejette et/ou stigmatise de telles orientations ou comportements sexuels (discrimination, ostracisme, harcèlement, dévalorisation).

Nous en concluons que la sensibilisation et l'information de la population générale et des professionnels à ce phénomène ainsi que la **lutte contre l'homophobie** peuvent contribuer fortement à **prévenir le risque de suicide et de tentative de suicide chez les jeunes** à orientation sexuelle non conventionnelle. Une telle action sera aussi **bénéfique à une population beaucoup plus large** comme les proches de ces jeunes (parents, frères et sœurs, amis, famille étendue, éducateurs) ; elle contribuerait à prévenir les épisodes dépressifs et les TS chez les jeunes qui découvrent l'orientation homo ou bisexuelle d'un de leurs parents (à l'occasion d'un divorce, d'une MST, etc.) ; elle pourrait aussi jouer un rôle positif vis-à-vis des jeunes qui sont élevés par un

couple de même sexe ; enfin, elle aiderait également les jeunes qui, bien qu'hétérosexuels exclusifs, se voient traités comme des homosexuels par leurs camarades à cause de certains traits physiques ou de comportement.

Des pistes d'action prioritaire dans différents secteurs

- Il importe, dans le domaine de la politique de santé publique française, que soit d'une part réaffirmé **le lien entre le geste suicidaire et le contexte socioéconomique**, et que, d'autre part, soit reconnue **l'orientation sexuelle non conventionnelle comme un des facteurs de risque** de la TS et du suicide, en prenant en compte sérieusement les résultats des travaux scientifiques récents d'Outre-Atlantique. La lutte contre les risques de suicide chez les jeunes **ne doit pas rester cantonnée dans le domaine de la santé**. Des études ont montré que les pathologies mentales lourdes sont très rares parmi les jeunes suicidants ou suicidés. Par contre, les éléments de stress et de mal-être social sont particulièrement importants tout comme les éléments de contexte (l'homophobie par exemple). Les programmes de lutte contre le suicide des jeunes devraient donc impliquer largement les acteurs politiques et sociaux au-delà du cercle des médecins et spécialistes de la santé. Une **coordination interministérielle** est indispensable qui réunirait des représentants des ministères de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports, des Affaires Sociales et de la Santé, de la Justice. Il conviendrait qu'une instance rassemblant des scientifiques, des associatifs et des représentants de l'administration soit mise en place (sans doute en lien avec le **Haut Comité de la Santé Publique**, le CFES et l'UNPS) qui serait chargée du suivi et de l'évaluation des mesures adoptées, ainsi que d'organiser le débat entre les partenaires sociaux et de valider de nouvelles actions ;

La politique de santé publique
- **Inform**er les professionnels de la communication sur les **risques de souffrance psychique** et de gestes désespérés chez les jeunes Lesbigays de façon à ce qu'ils contribuent à **la lutte contre les stéréotypes** et les images homophobes qui circulent encore dans bien des articles, fictions, documentaires, *talk-shows*... et à combattre les approches en termes de caractère « anormal » ou « pathologique » attribué encore aux orientations (ou comportements) sexuel/les non conventionnel/les. Malgré l'élargissement du rôle du CSA, il reste encore beaucoup à faire. Des campagnes médiatiques pourraient être menées pour favoriser l'acceptation des amours homosexuelles et des couples homosexuels, ce qui réconforterait les jeunes éprouvant de tels sentiments. Par exemple, le Ministère allemand de la santé a conduit récemment une campagne publicitaire sur le thème : « l'amour mérite le respect ». Il est important également de proposer aux jeunes des **images positives** et épanouies de personnes vivant une orientation sexuelle « différente » ;

Les médias
- **Agir contre l'homophobie** dans le milieu scolaire auprès des **élèves** et des **personnels de l'Education Nationale** pour combattre les injures, le harcèlement, l'ostracisme, etc. à l'encontre des élèves Lesbigays ou pris pour tels ; des actions sont encore à prendre pour une meilleure reconnaissance de la diversité des sensibilités et des sexualités dans les programmes des différentes matières (français, histoire, SES, sciences de la vie), par une adaptation des cours et ouvrages d'éducation sexuelle même si des progrès notables ont été réalisés ces dernières années. A cette fin, une **formation spécifique** pourrait être mise en place pour les enseignants (notamment par les IUFM et des réunions d'établissement), pour les personnels de la médecine scolaire, pour les personnels d'encadrement scolaire et les agents administratifs. Cette action en milieu scolaire sera rendue plus efficace si **les postes socio-médicaux** sont tous pourvus à temps plein dans tous les établissements, et même renforcés dans certaines zones, de façon à favoriser une vigilance accrue de leur part. Par exemple, les **infirmières scolaires** constituent un relais

Le milieu scolaire

très important pour les structures de pédo-psychiatrie de secteur dans le cadre de la prévention du suicide. **L'accréditation**, par l'Education Nationale, d'associations pourvues d'une bonne connaissance et d'expérience dans ce domaine leur permettraient d'intervenir, en accord avec les responsables d'établissement, dans le champ de l'éducation sexuelle, le bien-être, la prévention de la dépression et du suicide ; il est important d'associer à ces actions les **parents** (associations de parents d'élèves...) de façon à les informer et prévenir les risques de tensions ou de conflits intrafamiliaux causés par la révélation d'une orientation sexuelle non conventionnelle ;

- **Inform**er les **professionnels et les bénévoles** travaillant **en contact avec les jeunes** dans les secteurs parascolaires et sociaux (tels que les moniteurs de sport, animateurs de MJC, gérants de foyer d'hébergement spécialisé...) afin qu'ils soient sensibles aux difficultés des jeunes Lesbigays et attentifs à apporter la réponse appropriée. Former également les personnels des **établissements hospitaliers** dans des secteurs spécialisés comme les urgences, les services pédiatrie-adolescence, pédo-psychiatrie, psychiatrie, en insistant sur la prise en compte de cette possible dimension de la souffrance du jeune pour améliorer le suivi et prévenir la répétition. Les colloques, séminaires, et publications d'articles dans les revues spécialisées de médecine, psychiatrie et psychologie sont de bons instruments pour diffuser cette information, de même certainement que s'appuyer sur les instances régionales veillant à l'application du programme national et des programmes régionaux (**ORS, DRASS**). Cet effort d'information pourrait aussi se faire en direction des personnels impliqués dans les dispositifs consacrés aux jeunes souffrant de dépendance ;

Les loisirs, la culture, la santé

- Promouvoir et inciter à l'édition d'ouvrages, dans le secteur de l'**Édition pour la Jeunesse**, abondant, dans un langage adapté aux jeunes, les difficultés et les joies de se découvrir et d'être Lesbigay : roman miroir, fiction, nouvelles, ouvrage de témoignages de jeunes lesbigays, ouvrage documentaire, BD ou manga (pour les faibles lecteurs notamment), et même des vidéos à visionner en classe ou dans le cadre d'association. Les équipes de pédopsychiatrie de secteur travaillant auprès de jeunes suicidants tout comme les bibliothécaires de section jeunesse se montrent très intéressés par de tels ouvrages qui pourraient être alors proposés à des jeunes en souffrance psychique et favoriser le dialogue sur un thème difficile à aborder de manière non intrusive. Une collaboration avec le **CNDP** serait souhaitable pour recommander ces ouvrages ;

Les ouvrages pour la jeunesse

- Renforcer les **moyens** des associations offrant des **espaces d'écoute ou de rencontre** pour les jeunes Lesbigays, des lignes téléphoniques gratuites, qui organisent des campagnes publiques de sensibilisation et d'information, de même que celles qui favorisent le **soutien et l'information des parents** et des proches des jeunes Lesbigays ainsi que celles qui apportent **soutien et réconfort aux familles** de jeunes suicidés. Toutes ces associations, qui devraient avoir un rôle particulièrement important dans les actions de formation et de prévention, seront des partenaires indispensables à l'élaboration de programmes et plans nationaux et régionaux ;

L'action des associations

- Promouvoir et inciter à la réalisation d'**études scientifiques** spécifiques est une démarche indispensable pour asseoir la politique de prévention et évaluer les mesures en place. Un tel programme permettrait d'accroître la connaissance sur **l'ampleur du phénomène, sur les difficultés et les souffrances des jeunes Lesbigays** (et de leurs proches) et des jeunes pris pour tels, sur leurs stratégies pour faire face à ces problèmes et

La recherche scientifique

leurs comportements « à risque », sur leur perception et leur opinion selon leur degré de prise de conscience de leur « différence » et de leur contexte. Il aurait aussi pour objectif d'**évaluer l'efficacité de mesures de prévention** contre l'homophobie. Ces études ne sauraient se réduire à l'ajout de quelques questions dans des enquêtes d'opinion. Ces travaux scientifiques devraient rassembler des équipes **pluridisciplinaires** de façon à éviter la « médicalisation » excessive du phénomène qui présente une dimension sociale importante. Afin de réaliser des études non contestables et compte tenu de la difficulté à conduire des enquêtes statistiques valables sur des sous-populations difficiles à identifier et/ou à atteindre, il serait opportun d'adresser une demande au Conseil National de l'Information Statistique (**CNIS**) afin qu'il mette sur pied un groupe de travail temporaire sur les **difficultés méthodologiques** liées à cette démarche. Cela contribuerait également à définir les conditions de production de connaissance de qualité dans ce domaine.

Le risque de suicide chez les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle

Introduction

Ce rapport a été rédigé au sein d'un groupe de travail de l'association *Homosexualités & Socialisme*. Il résulte de nos échanges, des témoignages recueillis et d'une étude de la littérature scientifique sur les suicides et les tentatives de suicide parmi les populations jeunes et/ou à orientation homo ou bisexuelle. Par ailleurs, des spécialistes de ces questions ont bien voulu nous recevoir et nous les en remercions vivement. Ce sont :

- Le docteur Berdah, responsable du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Robert Ballanger (Aulnay sous bois), et son équipe de pédopsychiatres ;
- Michel Debout, président de l'*Union Nationale pour la Prévention du Suicide* ;
- René-Paul Leraton, coordinateur de la *Ligne Azur*.

Nos remerciements vont aussi aux documentalistes de l'INED qui nous ont permis d'avoir accès à de nombreux documents difficilement disponibles en France.

Nos réflexions ont été enrichies grâce aux avis et conseils de Stuart Michaels (INSERM-University of Chicago) et Marie-Ange Schiltz (CNRS), tandis que Susan Cochran (UCLA) et Gary Remafedi (University of Minnesota) ont bien voulu éclaircir pour nous les aspects méthodologiques des estimations citées ci-après ; qu'ils soient ici remerciés vivement.

Une version préliminaire de ce document (*Rapport d'étape*) a été remise au bureau de la Santé Mentale de la Direction Générale de la Santé (DGS, Secrétariat d'Etat à la Santé) en vue de la réunion du 22 juin 2001 organisée par son chef de bureau, Nathalie Cuvillier, et portant sur les risques de suicide parmi les jeunes homosexuels. S'y trouvaient rassemblés des représentants d'associations, dont H&S, un chercheur québécois (Michel Dorais, auteur d'un livre récent sur ce sujet), des représentants d'administration (Ministère de l'Education Nationale...) et le conseiller scientifique du Comité pour la prévention du suicide à la DGS, Jean-Louis Terra (ANAES).

Nous avons pris le parti, dans ce document, de détailler scrupuleusement les résultats des études scientifiques récentes sur le risque de suicide parmi les jeunes gays, lesbiennes et bisexuels (y compris la méthodologie) pour deux raisons essentielles : ils demeurent peu connus en France (car publiés en anglais dans des revues scientifiques internationales spécialisées) et, en second lieu, nous avons perçu parfois leur mise en doute (pour des raisons qui tiennent davantage à « l'intime conviction » qu'à une critique objective de ces travaux inconnus des contradicteurs).

1. Les chiffres du suicide et les dispositifs mis en oeuvre

« L'accroissement du suicide des jeunes et des adultes avant 50 ans a bouleversé le profil du suicide selon l'âge » (Alferd Nizard)

On recense actuellement en France 12 000 suicides par an (soit plus de victimes que les accidents de la route) et les tentatives de suicides sont estimées à plus de 160 000 par an (Programme National de Prévention du Suicide 1999). Chez les **15-24 ans** ces décès représentent la **seconde cause de mortalité** (après les accidents), et chez les **25-34 ans** ils constituent la **première cause** de décès. La morbidité suicidaire est beaucoup plus élevée que la mortalité suicidaire et se situe dans un rapport d'environ un à trente chez les 15-24 ans, contre un à dix pour l'ensemble de la population (Gasquet & Choquet 1995). Si les **tentatives de suicide (TS)** sont **plus fréquentes chez les filles**, les **décès sont plus fréquents chez les garçons**, ceux-ci utilisant notamment des moyens plus violents (en France comme dans d'autres pays occidentaux).

1.1 Un problème de santé mentale mais aussi une question sociale

L'acte de se donner la mort semble essentiellement personnel et tenir à des facteurs psychologiques propres à l'individu plutôt qu'à une influence du monde social environnant. Pourtant, depuis la publication du *Suicide* de Emile Durkheim (en 1897), l'étude des suicides relève aussi du champ de la sociologie. Dans cet ouvrage, l'auteur mettait en évidence des variations des taux de suicide selon certaines caractéristiques sociales. Il entendait montrer que ces variations étaient dépendantes du degré d'intégration des individus dans leur milieu social. Plus d'un siècle après ces travaux précurseurs, des éléments majeurs mis en lumière par ce père de la Sociologie française demeurent valables. Au-delà des études critiques sur les sources statistiques utilisées alors et sur la méthode employée, les scientifiques reconnaissent que « Le socle de Durkheim tient : le noyau de relations mis au jour (...) entre le suicide, le sexe, l'âge, l'état matrimonial, la catégorie sociale, la région définie comme un équilibre de grandeurs économiques et démographiques, constituent bel et bien aujourd'hui encore, pour tout sociologue, le point de départ obligé de la réflexion scientifique sur le phénomène » (Baudelot et Estabiet 1990:109). Pierre Ansart, quant à lui, conclut : « [l'] hypothèse initiale selon laquelle les taux de suicides sont en rapport avec les situations sociales reste éclairante : **le suicide est un révélateur du mal-être social** » (Ansart 1999:513).

Ce mal-être social peut être dû à des conditions économiques (pauvreté, perte d'emploi, chute des revenus, conditions de travail...), politiques (persécutions ethniques ou religieuses, régime politique autoritaire...) et sociales (appartenir à une minorité, isolement, statut social...). De nombreux auteurs ont ainsi étudié les effets du « stress social » (par ex. Ramsay & Bagley 1997) et du « stress économique » (par ex. Conger et al. 1997), sur la santé physique et mentale, sur l'état de bien-être et le développement des jeunes. Ces travaux ont mis en évidence les effets nocifs des facteurs occasionnant des souffrances physiques (privation...) et morales (humiliation, désespérance...). Les ouvrages français récents traitant de la dépression et du suicide chez les adolescents abordent également ces « facteurs familiaux et environnementaux » (Marcelli & Berthaut 2001, Le Heuzey 2001). Or, nous le verrons, les effets de la discrimination, de l'ostracisme et le harcèlement, que subissent les personnes à orientation sexuelle non conventionnelle, affectent leur état de bien-être physique et moral. C'est la raison pour laquelle nous abordons le phénomène du suicide sous l'angle du lien possible entre les souffrances éprouvées par ces personnes (lesbiennes, gais, bisexuels), dans une société encore homophobe, et de tels actes autodestructeurs.

Nous nous intéresserons plus particulièrement aux plus jeunes d'entre elles, c'est-à-dire aux adolescents et aux jeunes adultes qui découvrent, prennent conscience de leur particularité et s'y trouvent confrontés dans un contexte de construction de soi qui les rend très sensibles à l'image d'eux-mêmes perçue par autrui. Nous tenterons d'en dégager quelques pistes de prévention à privilégier.

1.2 Des difficultés de méthode pour saisir le phénomène

Comment étudier en ces termes un phénomène aussi complexe ? Il semble difficile de conduire des analyses approfondies sur les comportements suicidaires et sur les causes de suicide à partir des seuls cas de **décès par suicide** (classés comme tels). En effet, de nombreux défauts d'enregistrement et de classification ont été mis en évidence, avec pour conséquence **des risques de biais et de sous-estimation** variables dans le temps et dans l'espace (Assailly 2001, Badeyan & Parayre 2001, Merllié 1992). Quelques exemples illustreront ce défaut de couverture des estimations publiées.

D'une part, le suicide (surtout chez les jeunes) demeure **un sujet tabou** dans nos sociétés et, d'autre part, il n'est pas toujours aisé d'identifier une telle cause de décès dans bien des cas de mort violente (un jeune homme percute un arbre avec sa moto, un enfant se jette de la fenêtre de sa classe...). On comprend les difficultés rencontrées par le médecin lorsque des incertitudes existent du fait de l'absence d'une lettre d'adieu explicite ou lorsque l'entourage du défunt fait pression pour que la certification du décès ne mentionne pas le geste suicidaire. Xavier Pommereau souligne que si le nombre annuel officiel de décès par suicide se situait (en 1993) à 782 garçons et 215 filles (de moins de 25 ans), on peut penser qu'il s'agit d'une sous-estimation au regard d'autres chiffres disponibles pour cette même année. En effet, le rapport des causes médicales de décès en France « établit que 262 garçons et 71 filles âgées de moins de 25 ans sont décédés par traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention » (Pommereau 1996:4) et que 519 garçons et 176 filles sont décédées par « accidents non précisés » ou de « causes inconnues ou non déclarées » (idem). L'institut médico-légal estime que le nombre de décès par suicide connaît une sous-déclaration de 30%. Malgré ce défaut, certains chercheurs tentent de conduire des « autopsies psychologiques » qui consistent à collecter et analyser des informations sur le suicidé à partir des registres médicaux, psychiatriques, et d'entretiens avec ses proches ; toutefois, cette approche souffre d'importantes limites, notamment la difficulté de généraliser les observations effectuées (voir références *in* Le Heuzey 2001:8).

Cependant, si les enregistrements des suicides accomplis demeurent imparfaits, leur analyse demeure importante pour étudier **les tendances de la mortalité par suicide** sur de courtes périodes historiques puisque le biais peut être considéré comme constant et cela permet donc d'observer les variations au cours du temps (Chauvel 1997, Nizard *et al.* 1998, Surault 1995). Ainsi face à une diminution globale des décès par suicide, on observe que les taux concernant les jeunes (15-34 ans) stagnent ou augmentent encore (chez les garçons de 15-24 ans : environ 15 pour 100 000 ; 25-34 ans : 37 pour 100 000. Chez les filles de 15-24 ans : 4 pour 100 000 ; 25-34 ans : 11 pour 100 000, Nizard 1998). Alfred Nizard, à partir des données de l'INSERM et de l'INSEE, montre que « le taux de suicide des jeunes gens, filles et garçons, ne baisse plus depuis une dizaine d'années » (où il avait atteint un maximum historique à la fin des années 80 pour les 15-24 ans). Cette relative stagnation peut résulter de processus simultanés complexes, comme un accroissement des « difficultés de vie » des jeunes (et donc des tentatives de suicide) associé à une efficacité accrue de l'intervention des secours (SAMU, pompiers...) et des soins d'urgence (Nizard *et al.* 1998).

Une autre voie de connaissance consiste à **étudier les tentatives de suicides** car le lien entre celles-ci et les suicides accomplis est fort (on estime que 50% des suicides ont été précédés par une ou plusieurs TS). Malheureusement, en France, les TS ne font pas l'objet d'enregistrement

systématique. Des collectes spécifiques de données auprès des établissements hospitaliers ont permis de produire des estimations (FNORS 1998). Mais il est difficile d'obtenir des informations lorsque le jeune suicidant¹ n'a séjourné qu'au service des urgences d'un hôpital (idem p.33). Les limites sont, là aussi, importantes puisque toutes les tentatives de suicide ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale ni à une hospitalisation et que les pratiques divergent d'une région à l'autre notamment lorsque les conséquences de la tentative sont jugées peu graves sur le plan somatique (idem p.30). Ces données, quoique imparfaites, permettent néanmoins d'étudier l'évolution des TS au sein de régions (mais il faut tenir compte des évolutions démographiques de la population et des structures hospitalières). Ainsi, de 1986 à 1996, « dans deux régions, Aquitaine et Bretagne, le nombre de tentatives de suicide [enregistrés dans les CHU] a progressé de 2 à 3% par an. A l'inverse, dans le Nord-Pas-de-Calais qui enregistre aujourd'hui la fréquence de tentatives la plus élevée parmi les cinq régions [étudiées], le nombre de tentatives de suicide aurait diminué d'environ 2% par an au cours des années 1990 » (idem p.33).

Terminologie

Suicidé(e) : personne ayant décédé à la suite d'un geste ayant pour but de mettre fin à ses jours.

Suicidant(e) : personne ayant survécu à un geste ayant pour but de mettre fin à ses jours.

Suicidaire : personne ayant l'intention d'accomplir un geste ayant pour but de mettre fin à ses jours.

Les chercheurs se sont donc tournés vers d'autres sources informations : **les enquêtes auprès d'échantillons de jeunes** (scolarisés, vivant en logement « ordinaire » ou au contraire sans domicile), ces échantillons pouvant être raisonnés (non représentatifs au sens de la théorie des sondages) ou « représentatifs » selon un certain nombre de critères. Ces données permettent en particulier la comparaison des comportements et caractéristiques des jeunes ayant des idées suicidaires et/ou ayant commis déjà une ou plusieurs TS avec ceux de jeunes ne connaissant pas ce type de détresse. Se posent néanmoins des difficultés de définition (à partir de quel degré de gravité parle-t-on de TS ?) qui ont conduit certains auteurs à ne retenir que les TS « médicalement graves ». Cependant ces limitations peuvent paraître « très discutables » car la concordance entre l'intention poursuivie et les effets obtenus est souvent incertaine (Marcelli & Berthaud 2001:153).

1.3 Suicides et tentatives de suicide : des chiffres inquiétants

Selon l'étude conduite en 1993 auprès d'un échantillon national de 12 391 élèves du secondaire (11-19 ans) par l'INSERM², **8% des filles et 5% des garçons** (de 15-19 ans) déclaraient avoir effectué **au moins une tentative de suicide** au cours de leur vie, soit 6,5% pour les deux sexes (Choquet & Ledoux 1994). Nous reviendrons plus loin sur cette enquête.

Plus récemment, le « Baromètre Santé Jeunes » de 1997-98, réalisé par le Comité Français d'Education à la Santé (CFES) auprès d'un échantillon national de 2293 jeunes de 15 à 19 ans³, indiquait que **11% avaient pensé au suicide au cours des 12 derniers mois** (Embersin & Grémy 2000). Dans le cas de la région parisienne, 18% des franciliennes et 11% des franciliens déclarent avoir eu des pensées suicidaires (idem p.19). **6% des filles et 3% des garçons** interrogés au niveau national déclarent avoir fait **au moins une tentative de suicide** au cours de leur vie. Les auteurs montrent l'importance du facteur familial : vivre dans une famille monoparentale ou recomposée augmente le risque d'« avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois » de 50% et le fait de se sentir peu valorisé par ses parents double la probabilité de penser au suicide (*odds ratio*=2,3)

¹ Pour les définitions de suicidant, suicidé et suicidaire, voir encadré *Terminologie*.

² Echantillon national probabiliste stratifié par région et type d'établissement (6^{ème} - terminale) en incluant aussi les filières professionnelles (Choquet & Ledoux 1994) ; les questionnaires étaient auto-administrés.

³ Echantillon national probabiliste (à partir de liste téléphonique) de 4115 jeunes âgés de 12 à 19 ans (collecte par téléphone) ; les questions portant sur le suicide n'étaient posées qu'auprès des jeunes de 15 à 19 ans.

par rapport aux jeunes qui se sentent valorisés, tandis que percevoir ses parents comme peu autoritaires correspond à une augmentation du risque relatif de 40% (Embersin & Grémy 2000 :126). Chez les jeunes scolarisés, une mauvaise insertion scolaire double presque le risque de penser au suicide (*odds ratio*=1,8) par rapport à un jeune bien situé dans la norme scolaire. On ne peut pas établir une causalité directe à partir de ces résultats mais ils mettent en évidence des liens forts entre les TS et les conditions socio-familiales du jeune.

Le taux de **répétition** du geste suicidaire est particulièrement élevé parmi les plus jeunes : 44% pour les 15-24 ans et, pour les jeunes hommes, la moitié d'entre elles se produit au cours des six mois qui suivent la TS (Badeyan & Parayre 2001).

En 1995, parmi les 10-14 ans, 4,2% des décès étaient des suicides, soit **plus de deux préadolescents mettant fin à ses jours par mois**, dont 79% sont des garçons (Le Heuzey 2001:5). Les données françaises montrent que « les 15-24 ans de 1995 se suicident dans une proportion supérieure à celle des 25-34 ans de 1950 » (Chauvel 1997:689). L'auteur en conclut que, sous l'influence sans doute du contexte dans lequel les jeunes cherchent **aujourd'hui** leur autonomie, **la maturité suicidaire survient plus tôt**. Cet effet de cohorte a commencé à être observé dès les années quatre vingt dans les pays occidentaux (Jeanneret *et al.* 1983 :247). L'importance en France du décès par suicide parmi les jeunes ne constitue donc pas un cas particulier puisque la plupart des autres pays occidentaux connaissent une situation semblable même si la France se situe dans « le peloton de tête » des pays européens.

Ces observations peuvent varier légèrement d'un contexte national à l'autre. Une étude nord américaine indique que le taux de suicide chez les jeunes de 14 ans ou moins aurait augmenté de 75% au cours de la dernière décade (Resnick *et al.* 1997). D'autres travaux en Australie indiquent une progression de la mortalité par suicide, entre les années 1971-75 et les années 1991-96, touchant les groupes d'âge 10-19 et 20-29, tandis que la prévalence des tentatives de suicide restait constante parmi les 10-19 ans et déclinait légèrement parmi les 20-29 ans (Ruzicka & Choi 1999). Cependant, ces variations peuvent sans doute s'expliquer en partie par des disparités dans les modes d'enregistrements des suicides et des TS.

1.4 Mise en place de politiques de prévention

Indépendamment de ces variations régionales, le phénomène est préoccupant et des initiatives ont vu le jour en France durant les années quatre vingt dix, tant au niveau national que régional. Cette inquiétude au sujet du suicide et de la détresse psychologique s'était déjà largement manifestée depuis la fin des années soixante avec notamment la création du Groupement d'Etudes et de Prévention du suicide (GEPS) et de l'Association Internationale de Prévention du Suicide (IASP), mais elle connut une inflexion importante ces dix dernières années. En 1992, le **Conseil Economique et Social** se saisissait du problème (tout d'abord dans sa section des Affaires sociales) et soulignait dans son rapport : « le suicide n'a jamais été déclaré grande cause de santé publique alors que ses effets sont plus dévastateurs que bien d'autres conduites pathologiques mises au premier plan par les pouvoirs publics et les médias » (Debout 1993). Le **Haut Comité de Santé Publique** (HCSP) décida de classer, en 1994, le suicide au rang des priorités de santé. Les **Conférences Régionales de Santé**, mises en place en 1995, identifièrent, pour la moitié d'entre elles, le suicide et la dépression comme thèmes prioritaires. A la fin de l'année 1996, sept associations (dont le GEPS) se regroupent en une association nationale de façon à pouvoir mieux attirer l'attention du public et des professionnels de la santé sur ce grave problème. Elles instaurent la **Journée nationale de prévention du suicide** (le 5 février 1997 sera la première journée nationale). Aujourd'hui, une vingtaine d'associations font partie de l'**Union nationale pour la prévention du suicide**, dont deux associations de familles de suicidés ou de soutien à ces familles (*Phare-Parents enfants* et *Jonathan Pierres vivantes*).

Homosexualités et Socialisme est membre du Conseil de la Lesbian & Gay Pride et du Comité Économique Social et Culturel du Parti socialiste
Association loi de 1901, ☎ BP 414, 75527 PARIS CEDEX 11, ☎ +33 (0)1 43 70 89 27

CCP 1.834.20A Paris

email : hes@hes-france.org ; toile : <http://www.hes-france.org/>

Le **rapport** du HCSP « **Santé des enfants, santé des jeunes** », adressé à la Conférence nationale de santé de 1997 et au Parlement, mentionne le cas préoccupant des adolescents ayant fait une tentative de suicide (Haut Comité de Santé Publique 1997:16). Soulignant que « leur accueil dans les structures hospitalières est insuffisant », les auteurs estiment que la population concernée « mérite d'être définie autrement que par des critères d'âge trop limitatifs » et préconisent des remaniements de façon à « aménager des possibilités d'hospitalisation spécifiques pour les 13 à 25 ans » (p.32). De tels « espaces thérapeutiques pour adolescents [seraient] ouverts vers l'extérieur, en réseau avec les services scolaires, la médecine de ville, les institutions psychiatriques, les services sociaux et judiciaires (...) ces espaces favoriseraient les transitions (...) du somatique au psychologique ou au socioéducatif » (p.32). Parmi les recommandations émises, nous soulignerons la nécessité de « promouvoir à la fois des améliorations concernant la qualité des données existantes, notamment celles recueillies en routine, et l'acquisition de données nouvelles (...) » (p.47), et de mettre en place des programmes de recherche comportant une « recherche sur la santé mentale des enfants et adolescents », des « recherches pluridisciplinaires, associant sciences sociales, cliniques et épidémiologiques sur la genèse des situations et des comportements à risque », une « recherche sur le devenir des suicidants et sur les facteurs prédictifs de récurrence » (p.48).

En 1998, le premier **Programme National de Prévention du Suicide** est mis en place par le Secrétaire d'Etat à la Santé, Bernard Kouchner, pour une durée de trois ans (1998-2000). Ce programme insiste sur l'importance relative de la mort par suicide parmi les jeunes et remarque sur « si le taux global de suicides (tous âges confondus) a tendance à diminuer légèrement depuis le début des années 1990, les taux sont en augmentation constante chez les adolescents et les jeunes adultes, particulièrement de sexe masculin » (Programme National de Prévention du Suicide 1999:2). Des évaluations et bilans sont élaborés qui montrent tout l'intérêt des initiatives de terrain et des voies possibles d'amélioration de la situation nationale (FNORS 1998). Une attention particulière est portée à la tranche d'âge 13-16 ans⁴.

Neuf régions⁵ ont élaboré des **Programmes régionaux de prévention du suicide** donnant lieu à des *bilans* effectués par les Observatoires Régionaux de la Santé « sur le suicide et la prise en charge du suicide ». L'objectif était de pouvoir présenter en fin 2000 des recommandations nationales en matière de prévention du suicide « fondées sur des actions ayant prouvé leur efficacité » (idem, p.4). Les coordinations locales sont confiées aux DRASS.

L'**Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé** (ANAES) a été saisie (en 1998) pour élaborer des recommandations concernant la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Ces recommandations « répondent plus particulièrement à trois problèmes : l'accueil aux urgences hospitalières des adolescents et des jeunes suicidants, la réponse hospitalière et le projet de sortie. Elles s'appliquent aux adolescents et aux jeunes suicidants, âgés de 11 à 20 ans mais peuvent être étendues jusqu'à 25 ans. Ces recommandations s'adressent donc en priorité aux acteurs hospitaliers et à tous les professionnels de santé susceptibles de prendre en charge des adolescents suicidants, en particulier dans le cadre du projet de sortie de l'hôpital » (idem, p.6). On y lit en particulier que « la prise en charge des adolescents suicidants devrait être assurée par une équipe pluridisciplinaire particulièrement sensibilisée, formée et motivée par les soins aux jeunes suicidants » (idem, p.6).

Plusieurs exemples régionaux montrent en effet que des dispositifs novateurs permettent d'améliorer le traitement et le suivi de ces jeunes. Un service d'accueil et de soutien psychologique des adolescents et jeunes adultes suicidants a été mis en place au CHU de **Bordeaux**, le Centre Abadie, qui reçoit les jeunes dépressifs âgés de 13 à 25 ans. La particularité de ce service est

⁴ « La prise en charge hospitalière des jeunes suicidants », *Le Journal des Générosités*, 2000, n°110, p.27-28.

⁵ Basse-Normandie, Haute-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Franche-Comté, Lorraine, Pays-de-Loire, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes ; auxquelles deux autres régions se sont ajoutées : Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais.

Homosexualités et Socialisme est membre du Conseil de la Lesbian & Gay Pride et du Comité Économique Social et Culturel du Parti socialiste
Association loi de 1901, BP 414, 75527 PARIS CEDEX 11, © +33 (0)1 43 70 89 27

CCP 1.834.20A Paris

email : hes@hes-france.org ; toile : <http://www.hes-france.org/>

d'accueillir aussi bien les jeunes suicidants que ceux qui, en détresse, manifestent une idéation suicidaire. Cette expérience montre également l'importance de la bonne intégration d'un tel service au sein du CHU, notamment ses liens avec les services des urgences et pédiatrie. Au CHU de **Valenciennes**, la prise en charge des jeunes suicidants (11-19 ans) se fait par une équipe pluridisciplinaire au sein du service de pédiatrie (où les 13-16 ans ont à leur disposition deux pièces qui leur sont exclusivement réservées), marquant une volonté de ne pas placer ces jeunes en difficulté au sein d'un service psychiatrique qui les isolerait ou les stigmatiserait davantage (Helfter 1999). Une démarche assez proche avait été entamée à l'hôpital Robert Ballanger, d'**Aulnay-sous-Bois**, où les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie ont décidé (depuis une quinzaine d'années déjà) de mettre en commun leurs moyens et de les rassembler dans un bâtiment commun, partant du fait que les adolescents qui commettent une TS ne souffrent pas en général de psychopathologie lourde (Action Sociale 2001). Cela permet de proposer au jeune et à ses parents une hospitalisation d'une semaine, ce qui laisse un peu de temps à l'équipe pluridisciplinaire d'entamer une thérapie psychologique et d'assurer ensuite un suivi dont l'importance est soulignée pour la prévention de la répétition du geste suicidaire. Ce service du docteur Berdah accorde une grande importance à la prise en compte du jeune « dans sa globalité » au moyen notamment d'une collaboration avec des éducatrices, un groupe de parents et des services sociaux (ASE...). Cette équipe soignante estime prioritaire de développer des actions pilotes qui, en intégrant des équipes pluridisciplinaires, favorisent le suivi des adolescents après l'hospitalisation et préviennent les risques de répétition.

Citons également un autre domaine de grande importance pour la prévention : les actions spécifiques conduites par **les associations et centres d'écoute et de soutien spécialisés** (*Ligne Azur, Phénix, SOS-Amitié, SOS-Dépression, SOS-Suicide, Suicide-Ecoute...*) ou des associations plus généralistes (*Action Jeune Conseil Santé, le Fil Santé Jeunes, ...*) pour le soutien et l'écoute des personnes en détresse ou leurs proches.

En septembre 2000, le Gouvernement, considérant « le suicide comme un des axes majeurs de sa politique de Santé publique », a chargé madame Dominique Gillot, Secrétaire d'Etat à la Santé, de lancer un **programme de prévention contre le suicide pour la période 2000-2005**. Ce programme d'actions fixe quatre objectifs : 1) favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires ; 2) diminuer l'accès aux moyens mis en œuvre pour passer à l'acte ; 3) améliorer la prise en charge des personnes qui ont effectué une tentative de suicide ; 4) améliorer la connaissance épidémiologique, notamment par un pôle d'observation spécifique du suicide (Secrétariat d'Etat à la Santé 2000). Le budget prévu pour ce programme national est de 16,72 MF (budgété pour partie sur la période entière et, pour d'autres actions, sur certaines années seulement). Notons que cette somme, si elle paraît bien en rapport avec les actions planifiées, n'en demeure pas moins très modeste. On remarque par exemple que l'axe 4 (« améliorer la connaissance ») est beaucoup trop modeste et n'intègre que très partiellement les recommandations du rapport du Haut Comité de Santé Publique de 1997 (alors que ce programme porte sur une période de 6 ans) ce qui explique aussi son coût très bas (0,2 MF).

A la lecture de ce programme, nous relevons l'aspect très intéressant du partenariat qui est encouragé entre les secteurs de pédopsychiatrie ou les centres médico-psycho-pédagogiques et le dispositif des classes-relais de l'éducation nationale « pour le soutien des équipes éducatives confrontées à la souffrance psychique des jeunes ». Dans le domaine de l'amélioration des connaissances, le pôle d'observation du suicide mis en place à la Direction de l'animation de la Recherche, des Etudes et de la Statistique (DREES), en novembre 2000, constitue un point très positif, de même que les liens entre ce pôle et l'Institut de la Veille Sanitaire (INVS) mais l'effort porte seulement, pour l'instant, sur le recensement des suicides et des tentatives de suicide (circulaire de Bernard Kouchner, 5 juillet 2001).

1.5 Mais des approches parfois limitées

Dans le cadre de ce programme, une « **conférence de consensus** » a été organisée en octobre 2000 par l'ANAES et la **Fédération française de psychiatrie** sur le thème : *La crise suicidaire : mieux repérer et prendre en charge*, « afin de définir les bases et les principes de l'intervention et de les faire valider par les professionnels en associant les autres intervenants et les représentants des familles ». A lire le texte issu de cette conférence on ne peut qu'être surpris par l'absence totale de prise en compte des facteurs sociaux ou environnementaux, c'est-à-dire que seuls les facteurs psychiques individuels apparaissent dans les conclusions publiées (ANAES 2000:13-14). Contredisant l'expérience des personnes travaillant auprès, ou à l'écoute, des jeunes suicidaires et suicidants et les résultats des travaux scientifiques sur ce sujet, **aucun facteur social ni économique** n'est cité parmi les « facteurs de vulnérabilité » à la crise suicidaire (p.6). On remarque que les personnes ayant participé à cette conférence sont très majoritairement des médecins (92% de médecins parmi le Comité d'Organisation et 80% globalement) comme si une démarche interdisciplinaire et impliquant des acteurs sociaux de terrain ne s'imposait pas dans un tel domaine. Trait caractéristique, la Direction Générale de la Santé (DGS) et le Ministre délégué à la santé (circulaire du 5 juillet 2001) ont défini ainsi le profil type des candidats à la formation de formateurs régionaux, pour diffuser les résultats de cette conférence : « universitaire médecin psychiatre » et « universitaire psychologue clinicien ». Compte tenu de la teneur du texte de la conférence, ce choix en était la conséquence logique. Bien entendu, un problème tel que le suicide et la tentative de suicide nécessite la mobilisation des compétences des psychiatres et psychologues avec les spécificités qui sont les leurs pour le diagnostic, la thérapie et le suivi du suicidant ou suicidaire, mais il est impensable, si l'on veut définir des mesures de prévention et de lutte contre le suicide, de ne pas considérer « l'individu dans sa globalité, individu inscrit dans son contexte familial et environnemental » (Marcelli 1995:35).

A n'en pas douter, ce souci louable de mettre en place des dispositifs de prévention du suicide et de prise en charge des suicidants et de diffuser les connaissances à leur sujet, prête à quelques **dérives** induites sans doute par des logiques institutionnelle et corporatiste inconscientes qui ont déjà été observées au sujet d'autres questions sociales comme la santé des pauvres. Ce risque d'approche réductrice d'un problème relevant de la santé publique, nommé parfois « psychologisation » (Lebas 2001), « médicalisation » (Meyer & Schwartz 2000), « pathologisation » (Pollack 1999:257) ou « sanitisation » (Kessar 2001) d'une question ou d'un comportement social, peut conduire à cantonner le débat dans le domaine psychiatrique ou médical, à ne concevoir d'actions que dans le champ médical et à ne s'appuyer que sur des professionnels de ce secteur. De plus, en concentrant l'attention sur les seuls facteurs individuels, on court le risque de « blâmer la victime » jugée seule responsable du mal qui la frappe (Lovell 1992). Un tel cadre de démarche ne peut que limiter la réflexion et l'élaboration des dispositifs de prévention et d'intervention puisque, comme nous l'avons vu, le suicide se trouve aussi en lien avec des facteurs sociaux. Or l'enjeu est de taille car il s'agit de ne pas restreindre les modes de compréhension d'un phénomène à ses seules composantes individuelles (Meyer & Schwartz 2000, McMichael & Kaplan 1998, Kessar 2001), de ne pas nier les dimensions sociales et éthiques qui leur sont liées (Lebas 2001) ni éviter « l'interpellation frontale contre les déterminants politiques et sociaux » de la souffrance psychique (Lazarus 2001). La dimension sociale du geste suicidaire et le lien du suicide ou de la dépression avec les conditions socio-économiques que vit le sujet ont été bien établis (Archambault 1998, Joubert 2001, Lazarus 1995, Moore 1997, Nizard et al. 1998) ; comment se fait-il alors qu'on ne puisse en trouver la trace dans les conclusions de cette conférence ? Cette critique ne vise ici qu'à souligner l'importance de la nécessaire complémentarité des approches de disciplines et d'acteurs différents pour viser à une meilleure compréhension et donc une plus grande efficacité.

En conclusion :

Il apparaît que, depuis le début des années 1990 et face à l'inquiétude croissante devant les chiffres du suicide, différentes mesures nationales et régionales ont été prises avec pour objectif explicite la prévention du suicide des jeunes et notamment les 13-16 ans. De nombreux professionnels se sont engagés, souvent de manière innovante, dans la lutte contre le suicide. Maints rapports et études ont souligné le manque de connaissances dans ce domaine et ont émis des recommandations intéressantes. Cependant, malgré les efforts de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide (UNPS), des inquiétudes subsistent sur la réelle prise en compte de la dimension sociale du phénomène dans la réflexion et l'action des pouvoirs publics qui restent d'ampleur limitée. On relève aussi que cette approche n'aborde pas un facteur de risque qui serait lié à l'orientation sexuelle du sujet. On note avec intérêt que le prochain colloque international organisé par l'UNPS, pour la journée contre le suicide en février 2002, abordera le thème de l'exclusion sociale et de la discrimination dans une de ses conférences.

2. Quelques pistes d'analyse

*« je voulais pas mourir, je voulais juste me tuer »
(cité in Pommerau 1997:235)*

Nous conviendrons ici que les idées suicidaires et le désir d'aboutir au suicide correspondent à la tentative de résolution d'une situation de conflit, de rupture, ou d'un mal-être social, affectif ou existentiel ; nous laisserons de côté les actes liés à des pathologies psychiatriques lourdes. En effet, une personne souffrant, par exemple, de paranoïa pourra tenter de se jeter par la fenêtre pour fuir des êtres menaçants irréels mais un tel comportement nécessite des soins médicaux et non des mesures sociales de prévention et ces cas semblent particulièrement rares parmi la population jeune (par exemple la schizophrénie a été diagnostiquée dans 0 à 6% des cas, selon les études, Le Heuzey 2001:10).

La tentative de suicide relève d'un mode de « passage à l'acte » qui, selon certains cliniciens, serait à classer parmi les comportements de fuite (en opposition à un comportement violent envers autrui qui serait considéré comme une expression de lutte ou de volonté de maîtrise). Cette « mise en acte » aurait pour objectif d'éviter la dépression profonde et la souffrance qui va de paire (Askévis & Choquet 2000). Tout projet d'en finir avec la vie sou-tend, chez le jeune, un projet de se défaire de cette « vie-là » qui lui paraît, soudainement ou non, insupportable ; cette démarche ne doit pas se confondre avec un refus de la Vie. Ce que veut parfois l'adolescent « c'est la mort de tout ce qu'on a été avant » (Dolto 1988:113). « Se donner la mort, ce ne serait pas 'tuer soi', mais tuer des parties de soi ou, plus souvent, tuer l'autre en soi. (...) vouloir anéantir des pensées inacceptables, détruire le corps propre perçu comme étranger et menaçant, ou attaquer en soi des représentations ineffaçables d'autrui relèvent plus de 'l'exécution assassine' que du désir d'autosoustraction, même si le sujet en demeure la première victime » (Pommereau 1997:213). Le geste suicidaire est souvent effectué « dans un contexte d'impulsivité » posant alors « la question de l'intentionnalité » (Marcelli & Berthaud 2001 :148).

Il est fréquemment avancé, dans la recherche des causes du suicide ou de la tentative de suicide, des événements tels que la rupture d'une relation amoureuse, de mauvais résultats scolaires, une dispute... mais le jeune dépressif n'a souvent pas connaissance des raisons du mal profond qui le tourmente. **Des incidents négatifs vont alors précipiter un sentiment de « perte indépassable » sans pour autant en être la cause première.** « [Cette souffrance] est alors susceptible de se cristalliser autour d'événements ressentis ou présentés comme des « facteurs

déclenchants » lorsque ceux-ci font écho à la survenue ou à l'imminence d'une perte : rupture sentimentale, conviction d'être délaissé ou abandonné, perception d'une image altérée de soi dans le regard d'autrui, décès d'un proche, etc. » (Pommereau 1997:214). « Ce qui apparaît particulièrement en souffrance c'est l'estime de soi, l'exercice de sa compétence à lutter, à s'autoriser, à rêver » (Darrot 2001).

Cette agressivité se retournant contre le sujet lui-même a des **liens avec la dépression** puisque c'est le cas de plus de la moitié des sujets ayant commis une TS (Marcelli & Berthaud 2001:162). Rappelons que l'épisode dépressif majeur (EDM) touche principalement les filles et « semble prédominer vers 17-18 ans, mais chez les garçons la dépression survient plus précocement : pic autour de 15-16 ans » (idem, p.37).

Le geste suicidaire pose « de difficiles questions de prise en charge, **évaluant volontiers vers une récidive** (...) ; la TS d'un adolescent est à la fois un **acte individuel mais aussi un geste social** qui interroge le cadre environnemental du sujet » (idem, p.149). Ces éléments de psychopathologie sont donc à compléter par l'étude du contexte social et économique dans lequel se situe cette dépression ou ce mal-être, afin de pouvoir élaborer des pistes de réflexion pour les politiques de prévention du suicide des jeunes.

2.1 Jeunes suicidants et caractéristiques sociales

En 1989, une enquête auprès d'un échantillon de 1600 adolescents (13-16 ans) de la banlieue parisienne montrait que 23% des filles et 14% des garçons avaient déjà pensé au suicide, et que **10% et 5%** respectivement **y avaient pensé fréquemment** (Choquet & Menke 1989). Les auteurs remarquent que les troubles qui caractérisent en général les adolescents d'un sexe sont étroitement corrélés avec les caractéristiques des individus de l'autre sexe qui présentent des idées suicidaires. Ainsi, la fatigue, le manque de sommeil et la nervosité, qui sont davantage prévalents parmi les filles, sont significativement associés chez les garçons avec le fait d'avoir des pensées suicidaires. A l'inverse, les accidents qui sont plus fréquents en général chez les garçons, sont significativement associés chez les filles avec les pensées suicidaires. Marie Choquet et Helda Menke interprètent cette propension à adopter des comportements caractéristiques du sexe opposés comme **le signe d'une difficulté** spécifique d'adaptation ou **d'acquisition d'une identité sexuelle et sociale**. Par ailleurs, pour les unes comme pour les autres, il y a un lien entre une **forte consommation de drogue**, de médicaments, de tabac ou d'**alcool** et des pensées suicidaires. Les comportements qualifiés de pré-délinquants, tels que la **fugue** et la **fauche**, sont aussi plus fréquents parmi les adolescents ayant des idées suicidaires.

En 1993, l'enquête de l'INSERM auprès de 12 391 élèves, de 11 à 19 ans (de la sixième à la terminale, en incluant les filières professionnelles) abordait également « le corps comme objet de souffrance » (Choquet & Ledoux 1994). Au cours de leur vie, **10,9% des filles et 7,2% des garçons** ont pensé « assez souvent » ou « très souvent » au suicide (9% pour les deux sexes). **7,7% des filles et 5,2% des garçons** déclarent avoir fait **au moins une tentative de suicide au cours de leur vie**. Les auteurs soulignent que **les trois quart des jeunes suicidants n'ont pas été hospitalisés** à la suite de leur geste, « on peut donc imaginer toute leur détresse et toute leur solitude » (Choquet & Ledoux, 1994:246). Enfin, elles attirent l'attention sur la **fréquence des tentatives déclarées par les garçons de 13 ans ou moins** or, « en France, aucune étude ne porte sur le geste suicidaire dans cette tranche d'âge, sujet encore tabou » (idem p.245). « Le refus d'accepter l'idée même de mort volontaire chez un enfant ou un préadolescent, conduit à une sous-estimation du suicide au profit du diagnostic de mort accidentelle » (Philippe et Choquet 1986:99).

Les éléments relevés par ces deux enquêtes ont été confirmés lors d'une autre étude auprès d'adolescents hospitalisés après une tentative de suicide (échantillon de 430 jeunes de 13-19 ans) et

de jeunes scolaires (3311 jeunes de 11-19 ans) (Gasquet & Choquet 1995). Les **garçons suicidants** se trouvent plus souvent que les filles dans des **situations d'échec scolaire** (redoublements, orientation précoce hors du cursus général) et leur **adaptation sociale** est moins bonne que celle des filles. De plus, l'écart entre les suicidants et une population non suicidante est plus important chez les garçons que chez les filles. « Certains symptômes plus féminins, comme les troubles du sommeil, les plaintes psychologiques, les troubles corporels fonctionnels et l'utilisation de psychotropes concernent, parmi les suicidants, autant les garçons que les filles. Ces résultats suggèrent donc que la plus grande gravité des tentatives de suicide des garçons n'est pas seulement liée à la différence de moyens utilisés pour se suicider, mais elle est due également à des **différences psychopathologiques** » (idem p.88). Cela pourrait signifier que, chez les garçons, le taux de comportement « para-suicidaire » serait plus rare que chez les filles mais la détresse (comme la « déviance » sociale) plus importante. « Le recours de ces jeunes à une **symptomatologie spécifiquement féminine** est un signe que les 'défenses' habituelles sont dépassées » (idem). Les auteurs considèrent donc que la moindre conformité des garçons suicidants avec le modèle masculin dominant traduirait une grande souffrance psychique perturbant leur socialisation. Leur interprétation renvoie davantage à des difficultés d'adhésion ou d'adéquation à un rôle assigné (masculin, féminin) qu'à des problèmes d'identité sexuelle.

Comme l'ont montré plusieurs études épidémiologiques et l'expérience des cliniciens, ces troubles « ne surgissent pas *ex nihilo* mais sont en général précédés par toute une série de conduites de souffrance et de déviances survenant pendant les 'années collèges', c'est-à-dire vers 12-15 ans » (Marcelli 1995:35). Ainsi, l'étude de Schmidt et Esser (1994) montre que « les troubles psychiques des jeunes de 13 ans sont la conséquence de stress chroniques entre 9 et 13 ans, de troubles psychiques [aux âges précédents] et de troubles spécifiques du développement à cet âge » (p.193).

Outre Atlantique, une étude conduite en 1995, auprès d'un échantillon national probabiliste de 11 572 adolescents américains scolarisés⁶, a notamment abordé les difficultés psychologiques rencontrées par ces jeunes (Resnick *et al.* 1997). Dans cette enquête, 10,2% des filles et 7,5% des garçons ont déclaré avoir sérieusement envisagé le suicide⁷, durant l'année précédant l'enquête, sans avoir fait de tentative tandis que 3,6% de tous les adolescents ont déclaré avoir fait au moins une tentative (5,1% des filles et 2,1% des garçons). Quelques facteurs favorisant un tel comportement ont été identifiés par les chercheurs (en contrôlant par des caractéristiques démographiques) : un **manque de rapports étroits avec les parents** et la famille, une récente histoire de suicide au sein de la famille, une **détresse émotionnelle**, une faible ou **mauvaise insertion scolaire** (retard scolaire d'une année notamment). Pour les plus âgés (grades 9 à 12), les chercheurs soulignent l'importance de facteurs tels que : une **faible estime de soi**, le sentiment d'être plus âgé que ses camarades de classe. Enfin, on peut noter que, parmi les adolescents les plus grands, ceux qui déclarent une **attraction pour les personnes du même sexe** ou un **comportement homosexuel** (une partie du questionnaire s'intéresse à la vie sexuelle de l'enquêté) montrent aussi une détresse émotionnelle plus grande.

2.2 Enquêtes rétrospectives auprès de jeunes adultes

Paul Archambault a montré, à partir de l'échantillon⁸ de l'enquête « Passage à l'âge adulte » de l'INED (auprès des 25-34 ans), l'importance du facteur familial dans l'histoire des jeunes dépressifs ou suicidaires (Archambault 1998). Il note, d'une part, les effets de la **rupture du couple**

⁶ Elèves en grades 7 à 12 correspondant aux classes françaises de la 5ème de collège à la terminale de lycée.

⁷ Ces chiffres peuvent être rapprochés des 11% de jeunes de 15 à 19 ans ayant pensé au suicide au cours des 12 derniers mois en France (Embersin & Grémy 2000).

⁸ Echantillon national (constitué par la méthode des quotas) de 2988 personnes interrogées en face à face en 1993-94 (Bozon & Villeneuve-Gokalp 1994:1553-1554).

parental mais aussi les **conflits vécus au sein de la famille**⁹. Les enfants présentent une très forte sensibilité aux rapports qu'ils entretiennent avec leurs parents. La corrélation des conflits parents/enfants avec le risque de troubles (dépression, tentative de suicide) est forte pour les jeunes hommes comme pour les jeunes femmes. Cela se traduit aussi par le fait que les jeunes dépressifs et suicidaires ont des trajectoires **d'émancipation plus précoces** que les autres jeunes de l'échantillon. L'auteur conclut que « l'influence d'une mauvaise relation avec les parents est prépondérante en cas d'apparition des troubles psychologiques lors du passage à l'âge adulte » (idem p.511), même s'il nuance en soulignant le biais possible dans le cas de données rétrospectives puisque le portrait du vécu de l'enfance résulte d'une relecture de son enfance à l'âge adulte.

Bien entendu, ces travaux analysant les caractéristiques des jeunes à comportement ou pensées suicidaires posent la question de l'extrapolation de ces résultats à la population des jeunes ayant accompli un suicide. Une étude européenne a montré un lien fort (pour les garçons tout du moins) entre tentative de suicide et décès par suicide (Hawton *et al.* 1998). Cependant, la généralisation des estimations produites sur les suicidants à la population des jeunes suicidés demeure un problème. Ce constat a notamment conduit à des démarches auprès des familles de suicidés.

2.3 Enquêtes rétrospectives auprès des proches de jeunes suicidés

Cherchant à mieux connaître les facteurs pouvant déclencher des comportements suicidaires, une association française de **familles de jeunes suicidés**¹⁰ a recueilli (en 1997) des éléments d'information sur les causes possibles et le contexte de ces gestes fatals auprès de 140 familles sélectionnées parmi ses adhérents. Le choix avait été effectué prudemment par les bénévoles de l'association en s'assurant que la famille pouvait supporter ce genre de démarche. Cette enquête par courrier, qui a bénéficié d'un bon taux d'acceptation, a connu une première analyse des réponses qui reste prudente compte tenu de la faiblesse de la taille de l'échantillon (même si le taux de sondage était supérieur à 10%). Les jeunes suicidés de cette enquête avaient des âges compris entre 15 et 20 ans pour les garçons, entre 15 et 30 ans pour les filles.

Les parents expriment bien souvent leur incompréhension devant l'acte de leur enfant mais fournissent de nombreux éléments biographiques. Dans plus de la moitié des cas, aucun traitement médical ou psychiatrique n'avait été suivi par ces jeunes dans les mois qui ont précédé le suicide. Lorsque la victime est une fille, une ou plusieurs causes sont presque toujours connues par les parents (à la suite de courrier ou de mots d'adieu). C'est plus rare pour les adolescents ou les jeunes gens. Les causes avancées sont, par ordre d'importance décroissante, chez les filles : les **problèmes sentimentaux** et la « désillusion amoureuse », « **l'absence ou le manque du père ou de la mère** » (il est souligné que « l'absence due au décès paraît très traumatisante »), « les rapports conflictuels », « le sentiment de solitude ». Pour les garçons, on trouve : « **le dégoût de la société** », « **la peur de l'avenir** », « la perte de sens de la vie », « le sentiment de solitude », « les menaces ou agressions », « la nostalgie de l'enfance ». Ces **garçons** sont dépeints en général comme « **doux** », « **rêveurs** » et « **calmes** ». Les **filles** sont décrites plus fréquemment comme « **agressives** », « **ouvertes** », « **actives** » et elles résidaient en général dans un domicile indépendant.

Ces observations peuvent être rapprochées des résultats des enquêtes auprès des adolescents suicidaires et des jeunes suicidants (cf. §2.1). Parmi les signes précurseurs perçus par ces familles, les plus fréquents sont la dépression, la fugue (pour les garçons mineurs), l'angoisse (pour les

⁹ Ce n'est pas une surprise, le rôle de la parenté dans le phénomène suicidaire a été abondamment commenté dans la littérature scientifique (par exemple, Surault 1995).

¹⁰ Association PHARE (association Pour l'HARmonie des Relations Enfants-parents), membre de l'UNPS.

Homosexualités et Socialisme est membre du Conseil de la Lesbian & Gay Pride et du Comité Économique Social et Culturel du Parti socialiste
Association loi de 1901, ☎ BP 414, 75527 PARIS CEDEX 11, ☎ +33 (0)1 43 70 89 27

CCP 1.834.20A Paris

email : hes@hes-france.org ; toile : <http://www.hes-france.org/>

filles), la fatigue, l'isolement (pour les filles), l'insomnie, la consommation d'alcool et de marijuana (pour les garçons).

En conclusion :

Nous retiendrons tout d'abord la précocité alarmante du geste suicidaire qui touche les jeunes dès les « années collège » ou qui trouve sa source dans des souffrances et difficultés vécues au début de l'adolescence. En second lieu, nous retiendrons les facteurs qui semblent liés au geste suicidaire (TS ou suicide accompli) : relations conflictuelles ou difficiles avec la famille, problèmes d'intégration scolaire ou sociale, faible estime de soi, mal-être profond lié à une quête du sens de la vie, à des ruptures sentimentales, détresse émotionnelle causée par une difficulté d'acquisition d'une identité sexuelle ou par la prise de conscience d'une orientation sexuelle non conventionnelle. Il semble donc justifié d'étudier particulièrement la situation des jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle qui semblent constituer un groupe « à risque » concernant le suicide.

3. Les jeunes lesbiennes, bisexuels et gays (Lesbigays)

« Avec le suicide, finis les problèmes, fini l'enfer ! »
(cité in Dorais 2001:83)

Les éléments que nous venons de présenter ainsi que les témoignages recueillis auprès de personnes à orientation sexuelle non conventionnelle ou auprès de personnes assurant l'écoute et le soutien des lesbigays nous conduisent à détailler les spécificités du vécu et du ressenti parmi cette population.

3.1 La crise adolescente

En considérant les comportements suicidaires et parasuicidaires des jeunes, on ne peut se dispenser de situer ces phénomènes dans cette période bien particulière du cycle de la vie que certains dénomment la « crise adolescente ». Les garçons et filles touchés par le phénomène décrit ici sont généralement âgés de 11 à 24 ans. Dans ce contexte de remaniements profonds et de **recherche identitaire propre à l'adolescence** et à l'entrée dans l'âge adulte, les plus jeunes y entrent à peine tandis que les plus âgés en sortent tout juste. Cette période est marquée, pour les préadolescents, par les transformations physiologiques et psychologiques de la puberté, dont les répercussions ébranlent le monde construit par l'enfant, et qui ne prennent pas sens d'emblée (Bariaud & Rodriguez-Tomé 1994). Cette transformation qui conduit le jeune à quitter le monde de l'enfance ne se produit pas sans souffrance ni stress (Delattre 1994, Leffert & Petersen 1994, Schmidt & Esser 1994). L'adolescence est un moment de « deuil » ou de « renoncement » : le jeune doit abandonner « de manière forcée la silhouette asexuée de l'enfant prépubertaire » (Lesourd 1994) et faire face à « la perte de la quiétude du corps » (Marcelli et Berthaud 2001:96), tandis qu'il voit son corps se transformer en corps sexué de femme ou d'homme.

Les jeunes « lesbigays »

Le fait de parler de « population lesbigay » ne tente pas de masquer la profonde hétérogénéité au sein des jeunes homo et bi-sexuels (semblable en cela à celle des jeunes hétérosexuels). L'orientation sexuelle (comme les nuances de la couleur de la peau ou la religion) est loin de définir une personne, même si c'est encore, hélas, l'objet de discrimination.

Ces **transformations pubertaires** confrontent le jeune à la nécessité de se reconstruire une image de soi et de son corps qui soit valorisante, d'où une insatisfaction fréquente de son aspect physique (Choquet & Ledoux 1994, Jeanneret *et al.* 1983). Elles le conduisent aussi à des

Homosexualités et Socialisme est membre du Conseil de la Lesbian & Gay Pride et du Comité Économique Social et Culturel du Parti socialiste
Association loi de 1901, ☎ BP 414, 75527 PARIS CEDEX 11, ☎ +33 (0)1 43 70 89 27

CCP 1.834.20A Paris

email : hes@hes-france.org ; toile : <http://www.hes-france.org/>

réajustements dans ses rapports avec ses parents et les adultes en général, qui traduiront aussi son nouvel élan vers l'autonomie et l'indépendance (Paikoff & Brooks-Gunn 1991). Ce processus est fréquemment accompagné de l'expression, sur un mode dépressif, de la souffrance liée à ce travail psychique propre à l'adolescence (Marcelli & Berthaud 2001:101).

Tout le mouvement des identifications est remis à l'ordre du jour, avec des tensions contradictoires entre identifications et contre-identifications (Goldberg, 1994). En raison de la poussée de la libido et de la découverte par l'adolescent de son pouvoir de séduction (Gutton 1990), ces mutations font du corps un objet à **contrôler** (Goldberg, 1994) ou à **expérimenter**, avec une « envie dévorante d'objets et un besoin d'affirmer sa totale autonomie » (Marcelli & Berthaud 2001:104). Il en résulte une difficulté à analyser les différentes formes de sexualité adoptées par les jeunes et à rendre efficaces des actions de prévention des comportements « à risque » qui peuvent être perçues comme un empêchement à vivre son adolescence.

Période de transformations de soi et de son point de vue sur les autres, de la conquête d'autonomie (et l'autonomie économique et résidentielle reste difficile à acquérir avec des marchés de l'emploi et du logement qui restent très tendus), attisant les tensions et pouvant conduire à des zones de fortes turbulences. C'est une phase pendant laquelle la plupart des jeunes adolescents estiment les nouvelles relations amicales difficiles à établir dans le contexte du collège ou du lycée, entraînant un risque plus élevé de solitude ou facilitant les brimades envers les jeunes les **moins insérés parmi leurs pairs** (Duncan 1999, Jackson 1994:137, Pollack 1999). Période durant laquelle aussi un travail sur soi-même conduit le jeune à s'interroger sur la normalité de ses fantasmes et de ses attirances sexuelles (Marcelli 2001), à une prise de conscience de sa propre identité sexuelle et de son orientation sexuelle¹¹.

3.2 Adolescence, attirances sexuelles, identité sexuelle

Rappelons qu'en France, l'enquête sur le comportement sexuel des jeunes (Lagrange et al. 1997) a permis d'estimer à **6%** la proportion des **jeunes de 15 à 18 ans attirés par le même sexe**, à l'exclusion ou non d'une attirance pour le sexe opposé (Lhomond 1997:188)¹². Ces chiffres sont proches de l'estimation fournie par l'équipe de Charles Turner aux Etats-Unis, à partir d'un échantillon américain représentatif des adolescents âgés de 15 à 19 ans¹³, qui s'élève à 5,5% de jeunes ayant eu au moins une pratique homosexuelle au cours de sa vie (« any male-male sex »). Notons que, pour cette collecte, une méthode particulièrement adaptée aux « questions sensibles » avait été utilisée (Rogers *et al.* 1999, Turner *et al.* 1998:868), ce qui a permis d'obtenir des estimations compatibles avec des données rétrospectives collectées auprès d'adultes (6,4% parmi les 18-29 ans¹⁴). Mais ces résultats, portant sur un sujet mal perçu socialement, demeurent fragiles et les auteurs d'une étude méthodologique ont souligné les risques de biais qui peuvent les entacher et, notamment, leur sous-estimation probable (Binson *et al.* 1995:251). Les réflexions récentes sur l'homosexualité à l'adolescence montrent la proximité de ces conduites avec celles de l'hétérosexualité. « Il n'y a pas de normalité, ce sont des compromis humains à trouver. Ne laissons pas la psychanalyse s'imprégner de pathologie, encore moins de nosographie » (...) « Toute relation amoureuse cultive le semblable (qui n'est pas seulement narcissique) et le différent (qui n'est pas

¹¹ L'identité de genre, elle, est tenue pour acquise chez l'enfant de 7 ans.

¹² Enquête ACSJ : échantillon aléatoire (France métropolitaine) stratifié de 6182 élèves scolarisés (base de sondage comportant quatre types d'établissements : lycée, CFA, CIPPA, OF), questionnaires administrés en face à face (Lagrange *et al.* 1997).

¹³ 1729 adolescents de la *1995 National Survey of Adolescent Males*. 1361 d'entre eux ont répondu à une collecte par ordinateur portable équipé de casque d'écoute (Audio-CASI). L'estimation de 5.5% est bâtie sur ceux-ci.

¹⁴ « men who reported sex with men during the past five years », Binson, Michaels *et al.* 1995:248.

seulement sexué). Je ne vois pas pourquoi “autrui” en ses guillemets devrait être forcément hétérosexué ! » (Gutton 2001:11 et 27).

Les désirs d'ordre sexuel, comme les affects en général, sont un phénomène social autant qu'individuel (Gagnon & Parker 1995:13). En effet, les idées et les normes, les encouragements, les sanctions et les condamnations, ont une influence à la fois sur les comportements et les inhibitions, mais aussi sur la perception de soi et des autres. Or notre société ne considère pas de la même façon l'hétérosexualité exclusive et les autres orientations ou pratiques sexuelles. « Malheur au jeune dont les attitudes suggèrent l'homosexualité » écrit le coordinateur d'une ligne d'écoute téléphonique gratuite (Leraton 2001:10).

L'adolescent homosexuel ou bisexuel (garçon ou fille) se trouve bousculé par des attachements romantiques, des fantasmes, des excitations sexuelles qui ne correspondent pas aux normes sociales qu'il perçoit à travers le discours parental, celui de ses pairs, des médias... Il vit ces découvertes avec inquiétude et souvent même avec angoisse. Troubles et doutes qui peuvent toucher ces jeunes sur une gamme d'âge étendue. Des études montrent que, dans leur cas, ce processus de prise de conscience est entamé « largement avant 14 ans » (Corraze 1985:71) et que **le premier sentiment d'être gai** (ou non conforme) se manifeste **durant la préadolescence** : 12 ans en moyenne sur un échantillon américain de 105 homosexuels masculins¹⁵ (Harris & Bliss 1997:90), 13 ans pour 34 jeunes homosexuels masculins américains¹⁶ (Jordan & Vaughan 1997:25).

D'autres auteurs estiment que le point de départ des premières attirances homosexuelles (*onset of homosexual attraction*) se situe juste avant que l'enfant ne devienne pubère. Pour les 202 jeunes homosexuels de Chicago interrogés par Gilbert Herdt et Andrew Boxer, l'âge moyen déclaré pour la première attraction perçue envers une personne du même sexe est de 9,6 ans pour les garçons et 10,1 ans pour les filles ; le premier fantasme homosexuel à 11,2 ans pour les garçons et 11,9 ans pour les filles (Herdt & Boxer 1993 :181). Une relation entre cette apparition des fantasmes et un processus de maturation de l'enfant (*adrenarche*) semblerait participer à l'explication de ce développement de l'intérêt sexuel avant celui de la maturation génitale (Herdt & McClintock 1996). L'équipe de Susan Blake (2001) a conduit une enquête auprès de 4159 jeunes scolarisés (grades 9 à 12) dont 4,2% ont été classés Lesbians et 1,3% « not sure ». Elle a estimé, que, parmi ces deux derniers groupes, les premières attractions pour une personne du même sexe a été identifiée entre 10 et 11 ans et que l'identité sexuelle a été acquise entre 14 et 15 ans (Blake et al. 2001).

Exemple 1 : « Alain, 16 ans, consulte pour tentative de suicide médica-menteuse (...). On note un contexte dépressif évident, avec tristesse intense, ralentissement psychomoteur et figement de la pensée, sentiment de culpabilité, etc. Le motif déclenchant est une altercation avec le professeur de gymnastique qui l'aurait injustement puni. C'est sa deuxième TS (...). Alain n'aime pas être avec les autres (...). Il se plaint de la solitude (...). Il évoque une pensée fixe et coupable sur « ce qu'il a fait » mais refuse de s'expliquer plus avant. » Plus tard, il parvient à se confier au pédopsychiatre : « il souffre de son homosexualité dont il parle sponta-nément et dont il a honte. » (*in* Marcelli & Berthaut 2001, p.170-174).

Exemple 2 : « Adrien (16 ans) est un bel adolescent sympathique un peu féminin, il se plaint de problèmes avec les autres de son âge qu'il trouve gamins. Il se sent en décalage, différent, déprimé ; il a le sentiment qu'on se moque de lui depuis le collège et qu'il occupe une position de souffre-douleur tant au lycée qu'à la maison. (...) Il sait que c'est parce qu'il a joué les “tapettes” au collège qu'il se trouve maintenant dans une position difficile. (...) Il a l'impression qu'il n'a rien à offrir à un père souvent absent, débordé de travail, avec qui il a du mal à parler. (...) C'est, au cours d'une séance, lors dans un assez grand malaise et avec beaucoup d'émotion, qu'il peut dire qu'il se sent être “bi” » (*in* Gutton 2001:10).

¹⁵ Age moyen : 37 ans.

¹⁶ Age moyen : 17 ans.

Cette temporalité, au tout début de la puberté, n'exclut pas que des pratiques homosexuelles ont pu se mettre en place chez l'enfant prépubère (Kinsey *et al.* 1948 :167, Richard & Guillemot 1994:46) et sans pour autant se trouver en lien, du point de vue du sujet, avec l'homosexualité. De plus, des **difficultés à se conformer aux stéréotypes de genre** peuvent avoir pour résultat que des jeunes se voient labellisés « gais » par leurs pairs alors que cela ne correspond pas à leur orientation sexuelle (Duncan 1999, Pollack 1999).

3.3 Les garçons : normes sexuelles et affirmation de soi

La phase que nous venons de décrire n'est pas sans provoquer des souffrances car les enjeux identitaires durant l'adolescence sont majeurs, surtout pour les garçons semble-t-il (Badinter 1992, Pollack 1999). La conquête de la masculinité requiert un effort constant de la part du garçon afin de ne pas **risquer d'être désigné par un label infamant** le rejetant hors du monde viril. « (...) la masculinité du garçon est moins stable et moins précoce que la féminité de la fille. On a longtemps cru qu'elle était un état primaire et naturel. En fait, elle est seconde, difficilement acquise et fragile » (Badinter 1992:58). Le degré de différenciation du garçon à l'égard du féminin maternel est sanctionné par son entourage familial, ses pairs, les enseignants, etc. Le caractère crucial de cette faillite identitaire chez ces adolescents peut être rapproché de l'importance du sexuel durant la puberté, causée notamment par l'augmentation du taux des hormones sexuelles qui quadruple chez les garçons (il double chez les filles) durant cette période.

Cette étape de la préadolescence et de l'adolescence n'est pas sans provoquer des souffrances, le garçon devant faire face à de fortes contraintes pour garder « sa place ». « En tout premier lieu : *No Sissy Stuff* (rien d'efféminé). Bien que l'on sache maintenant que les hommes ont les mêmes besoins affectifs que les femmes, le rôle stéréotypé masculin leur impose des sacrifices et la mutilation d'une partie de leur humanité » (Badinter 1992 :193). « Pour ne pas être assimilé et traité en [non-homme], le garçon doit être sans arrêt sur ses gardes. La première violence que les garçons apprennent est une violence contre eux-mêmes pour modéliser leur corps afin qu'il ressemble à celui des 'grands hommes' vénérés (...) » (Welzer-Lang 1998 :94).

Ces difficultés sont accentuées lorsque le jeune se découvre une sensibilité ou une orientation sexuelle non conventionnelle. Se découvrir incapable d'adhérer totalement à une identité hétérosexuelle prive le jeune garçon d'un moyen important pour l'affirmation de sa virilité et son appartenance au groupe social des adolescents de son sexe. Il se trouve confronté à des injonctions contradictoires à l'égard de l'homosexualité. D'un côté, la société lui présente une norme d'accomplissement de soi associée à une position libérale qui est surtout inspirée par une logique du droit à la différence. De l'autre, il subit « la pression de la norme d'hétérosexualité et de l'affirmation virile que cette norme sous-tend » (Neyrand 1999:10).

Exemple 3 : Jake (13 ans) est élève en classe de 4^{ème}, il est attiré par les filles. Au cours d'une soirée avec ses copains, les garçons parlent des magazines pornographiques qu'ils regardent en cachette. Il raconte naïvement qu'il lui est arrivé de s'être masturbé avec un ami plus âgé en regardant une vidéo « bleue ». Il est aussitôt rejeté par le groupe et traité de gay et de pervers par ses camarades de collège où la nouvelle se répand très vite. Les enseignants tentent de s'opposer au harcèlement qu'il subit mais en vain. La situation dégénère en conflits violents et la seule solution trouvée est de transférer Jake dans un autre établissement en cours d'année scolaire (*in* Duncan 1999, p.113-117).

En étudiant un échantillon de jeunes hommes homo/bi-sexuels (18-35 ans), le chercheur et universitaire québécois Michel Dorais a identifié une typologie qui permet de mieux saisir le développement et le vécu de ces garçons (Dorais 2001).

Le **parfait garçon** s'efforce de se conformer aux modèles qui lui paraissent des conditions pour être aimé : le fils parfait fils, le parfait élève... et il y réussit. Il n'accepte pas son

homosexualité dont il a pris conscience en général tardivement, il la cache, la réprime, la combat mais il rejette aussi l'homophobie. Il devient un être asexué à l'adolescence.

Le **caméléon** se rend compte également tardivement de son homosexualité mais durant son adolescence il se perçoit comme un simulateur ou un imposteur. Il joue un rôle et demeure sans cesse inquiet de sa crédibilité en tant que garçon hétérosexuel, ce qui va le pousser à adopter des comportements ouvertement homophobes. Dans l'un ou l'autre de ces deux premiers cas, lorsque le garçon révélera son homosexualité à l'âge adulte ou en fin d'adolescence, ce sera la stupéfaction autour de lui.

Le **pédé de service** est un garçon qui a été identifié très tôt comme homosexuel (à la maternelle, à l'école communale...) du fait de sa non conformité aux normes de genre. Il est la cible des moqueries et du harcèlement de ses camarades et même de certains adultes. Convaincu très jeune qu'il n'est pas comme les autres, qu'il est « épouvantable », il prend conscience, au début de l'adolescence, de son homosexualité qu'il refuse souvent ou qui le conduit à se haïr lui-même. Il accepte les humiliations en rejetant la cause sur lui-même (Serge : « j'étais une tapette et une tapette, c'est fait pour taper dessus » in Dorais 2001:52).

Le **rebelle** est aussi un garçon qui est identifié très jeune comme gay mais qui accepte bien cette orientation sexuelle. Il refuse l'ostracisme à son égard et résiste de manière très virulente. Il combat l'homophobie dans son école, dans le milieu familial. Cela le conduira à se révolter contre sa famille, à fuguer, à rejeter les valeurs traditionnelles et à adopter des stratégies qui le conduisent plus souvent aux marges de la société.

Ainsi, pour préserver leur estime de soi et/ou supporter les agressions, ces adolescents (filles ou garçons) adoptent des « survival strategies » qui tenteront de leur permettre de continuer à vivre. Mais ces stratégies sont fragiles, ou bien la peur de se faire démasquer est trop forte et « la déprime, parfois la dépression, les touchent sévèrement » (Mendès-Leite & Proth 2000).

Exemple 4 : Jean-Michel estime qu'il a toujours été homosexuel, « j'avais pas de problème avec ça. Je m'acceptais bien. Mais j'avais des difficultés comme de me faire traiter de tapette, de me faire pointer du doigt (...). Je me suis fait des amis qui étaient dans la drogue car là j'étais accepté. J'avais enfin ma petite bande de copains. J'avais 12 ans. Chez nous, l'image, c'était numéro un. (...) Je n'étais plus capable et je me suis révolté contre mon père. Fallait que je sorte de là. J'ai même inventé que j'avais été violé par mon père pour être sûr que quelqu'un d'autre allait s'occuper de moi » (in Dorais 2001, p.55-56).

3.4 Les filles : contrôle social et affirmation de soi

Dans le cas des filles, le contrôle traditionnel exercé sur leur sexualité peut être ressenti comme un obstacle majeur à leur épanouissement, de même que l'injonction au mariage (ou à l'union hétérosexuelle) et à la maternité qui les pousse à la « quête amoureuse » hétérosexuelle, et que la pression des standards hétérosexuels de la beauté féminine. Le fait que la majorité des lesbiennes déclarent un premier rapport sexuel avec un partenaire du sexe opposé semble aller dans le sens d'une aliénation et d'une sujétion des filles, par le modèle patriarcal que présente la société, qui est source de souffrance et de dévalorisation de soi (Herd & Boxer 1993:208).

Kathleen Malinsky a interrogé (par Internet) 27 adolescentes (âgées de 15 à 21 ans) se déclarant lesbiennes ou bisexuelles. Ces jeunes filles déclarent surtout souffrir du tabou touchant l'homosexualité (spécifiquement féminine) dans le milieu scolaire

Exemple 5 : Angie (en classe de 5ème) se fait traiter de lesbienne par les garçons de sa classe. « Parce que j'étais avec Susan. On cause de beaucoup de choses ensemble et on veut pas que les garçons nous écoutent. Alors ils pensent qu'on est lesbiennes. L'autre jour, j'étais choquée après un incident et Susan a mis son bras autour de mon épaule pour me réconforter. Alors ils ont pensé qu'on était en train de s'étreindre (...). Ils ont dit à tout le monde que je suis une lesbienne. » (in Duncan 1999, p.123, tda).

(absente de livres ou de documents traitant ce sujet dans leurs bibliothèques) et de l'isolement (Malinsky 1997). La plupart décrivent le monde scolaire comme aliénant, avec par exemple une préoccupation concernant leur propre apparence physique qui pourrait les trahir en n'étant pas assez « féminine ». Les conséquences en sont une baisse des performances scolaires, voire l'abandon des études (« drop out »), les dépressions et les tentatives de suicide. Alors que les entretiens n'abordaient pas spécifiquement ce dernier point, il est fréquemment évoqué. Par exemple : « I really have no best memory of high school. My worst memory was my suicide attempt my junior year » (K. 19 ans, citée p.46).

Certains auteurs suggèrent que les jeunes lesbiennes pourraient souffrir davantage de la pression à se conformer au modèle du genre féminin que des conséquences sociales de leur identité sexuelle (Garofalo et al. 1999). D'autres estiment en effet que les insultes homophobes touchent moins les filles parce que leur effet serait moins destructeur (par exemple, les garçons ont une meilleure tolérance des lesbiennes que des gays) et que les manifestations d'affection entre filles sont mieux acceptées que celles entre garçons (Duncan 1999, Pollack 1999).

Exemple 6 : Peter (14 ans) « J'ai pensé que mes parents me renieraient. J'ai cru qu'ils me diraient que je ne faisais plus partie de la famille. Juste avant de leur dire que j'étais gay, je suis allé en bicyclette jusqu'au pont au-dessus de la *Charles River*. Je suis descendu de bicyclette et j'ai regardé l'eau qui coulait sous le pont. Il me semble que ça a duré des heures. J'ai vraiment pensé que ce serait mieux de tout arrêter là et de plonger dans la rivière. Cela me semblait plus facile que de dire la vérité à mes parents » (in Pollack 1999, p.225, tda).

3.5 Se découvrir lesbigay à l'adolescence

« Il est toujours difficile d'avoir 15 ans et d'être homosexuel » (Fize 2001)

« Tandis que la plupart [des adolescents] batifolent dans les allées vertes des amours enfantines, certains trouvent le chemin étroit et semé de ronces. Les adolescents n'aiment pas être différents. Être 'homo', c'est être différent, et dans le domaine qui les préoccupe le plus » (Gordy-Lévine 1993:118). Car cette inclination (homo ou bi-sexuelle) paraît bien atypique pour un jeune, elle ne figure pas dans le cours d'éducation sexuelle, elle est absente des modèles « positifs » présentés par les différents médias culturels. Dans la littérature pour la jeunesse, cette sensibilité sexuelle n'est abordée qu'indirectement et en tant que source de problème dans la vie familiale ou cause de désillusion amoureuse. Toutefois des ouvrages documentaires destinés à la jeunesse parlent de l'homosexualité avec compréhension et intelligence (par exemple, Vaisman 1998 et 2000).

Voici donc le jeune adolescent qui découvre, lors de la projection de films, que son émotion « est due au corps dénudé du représentant de son propre sexe », ou bien que le fait d'« apercevoir et détailler le corps du même lors de rencontres sportives au lycée, ou pendant les cours d'éducation physique, avive [ses] émois » (Mendès-Leite & Proth 2000:74). Il ressent, « sans du tout l'avoir recherché, une forte attirance érotique et affective envers les hommes et [vivant] avec certains d'entre eux des relations sexuelles » (Thévenot 1999:462). Face à cette découverte, dans un monde qui perçoit son inclination comme une déviance ou une maladie, le jeune est fortement ébranlé. « Les questions se

Exemple 7 : Camille (12 ans) « est en dépression profonde avec tendances morbides et suicidaires. C'est la mort brutale de son père qui est à l'origine de son état. (...) Si sa disparition le frappe si douloureusement, c'est parce qu'elle met définitivement fin à toute possibilité de rencontre entre ces deux êtres. Les désirs suicidaires, l'aspiration à en finir de Camille sont alors à interpréter comme une identification au père, cette identification qui n'a pu se faire avant. A cette époque Camille est organisé sur un mode d'homosexualité adolescente (...). Camille éprouve de véritables passions amoureuses pour des copains de son âge et n'imagine pas connaître pareils sentiments avec des filles (...). A ce moment, mon rôle a donc été d'aider Camille à accepter son identité homosexuelle sans se culpabiliser. Avec moi, il pouvait parler de ses tendances, sans honte, sans crainte de jugement (...) » (in Rufo 2000, p.161-163).

bousculent alors dans votre tête : suis-je normal ?, comment est-il possible de vivre ainsi ?, qu'en penseront mes parents ?, mes amis ? (...) Il est difficile en effet d'être différent des autres, d'aimer autrement, de vivre une sexualité marginale et de la faire admettre à ses parents » (Vaisman 1998:118).

La plupart du temps, « la découverte de son orientation homosexuelle chez un jeune (...) est d'abord une souffrance. Une souffrance dont il cherche à se débarrasser résolument. C'est le déni (...) Puis s'affirme le besoin de la reconnaissance familiale pour effacer la honte ressentie (...) Il veut être aimé "quand même", "malgré ça" » (Fize 2001:317).

Car ceux qui sont naturellement les plus proches sont aussi ceux dont le jugement importe le plus pour le jeune. C'est le cas du père et de la mère, des pairs, mais aussi de la fratrie et de tous ceux qu'il ou elle côtoie tous les jours. « Lorsque l'on écoute des parents qui viennent d'apprendre l'homosexualité de leur fils, on perçoit le plus souvent que cette révélation a été vécue comme une onde de choc bouleversant la vision des liens familiaux et provoquant une nouvelle mise en mouvement de la dynamique familiale » (Thévenot 1999:462).

Selon une étude américaine de 1989, les deux tiers des parents interrogés¹⁷ déclarent avoir eu une première réaction négative et la moitié se sentaient coupables (Savin-Williams & Dubé 1998:9). La canadienne Huguette Clavette avait posé à ses étudiants masculins cette question : « comment réagiraient vos parents si vous étiez homosexuels ? ». Elle avait obtenu ainsi une estimation (sur cet échantillon non représentatif) des réactions supputées des parents qui étaient voisines des études citées ci-dessus (Clavette 1988). Elle constate que « nous vivons dans une société où le modèle des pratiques sexuelles autorisé demeure très restrictif » (idem p.33). Ceci est d'autant plus dangereux pour l'équilibre psychique du jeune que cette prise de conscience, ou cette re-connaissance, de sa spécificité sexuelle se produit en général de manière soudaine (Anderson 1995:20). Il se retrouve brutalement confronté à des stéréotypes qu'il a intériorisés et qui entrent en conflit avec sa nouvelle perception de lui-même (Pollack 1999).

Dans son enquête auprès des lecteurs de la *Presse Gaie* de 1995, Marie-Ange Schiltz, avant interrogés les jeunes homosexuels sur leurs rapports avec leur famille¹⁸. La majorité des plus jeunes maintient leur entourage dans l'ignorance de leur préférence sexuelle. Parmi les 16-20 ans, **61% des pères ignoraient l'homosexualité de leur fils, de même que 49% des mères**. Ces chiffres baissaient très peu parmi les 21-24 ans mais, pour les 25-26 ans, ils tombaient à 50% de pères ignorant l'orientation sexuelle de leur fils ainsi que 40% des mères. Dans les cas de connaissance par les parents, près d'un quart de ceux-ci rejettent leur homosexualité. L'auteur remarque que cette discrétion de ces jeunes gens à l'égard de leur famille « est l'indication que, surtout parmi les plus jeunes, l'homosexualité reste un trait portant discrédit, au sens de E. Goffman, et de ce fait souvent maintenu secret » (Schiltz 1997:1496). Du fait de crises latentes ou ouvertes au sein de la famille, « le départ du foyer familial et l'accès à l'indépendance économique sont précipités parmi les jeunes homosexuels » (idem p.1503). Cependant l'auteur note un effet de cohorte car les homosexuels âgés de plus de 45 ans déclarent une moindre acceptation par leur famille.

Antoine Messiah et Emmanuelle Mouret-Fourme ont analysé les réponses des homo/bi-sexuels masculins (issus d'un échantillon national¹⁹) aux questions concernant le soutien que pouvaient leur apporter leurs parents « quand vous étiez enfant ». « D'une façon générale, les hommes parlent plus facilement de leurs problèmes personnels avec leur mère qu'avec leur père (...) Cependant, ce dialogue avec la mère est plus facile pour les futurs hétérosexuels que pour les

¹⁷ 402 parents (échantillon national) inscrits à des groupes d'aide et de conseil aux familles de lesbiennes, bisexuels et gays ; ces résultats sont à prendre avec précaution car on ne connaît pas le biais possible dû à cette base de sondage.

¹⁸ Echantillon par voie de presse (10 revues) de 2616 hommes.

¹⁹ Enquête *Analyse du Comportement Sexuel en France* (ACSF) ; échantillon aléatoire stratifié de 20 000 personnes sur la France métropolitaine, collecte par téléphone fin 1991 début 1992.

futurs homo/bisexuels (...) Le contraste est encore plus saisissant pour **le dialogue avec le père, celui-ci était difficile ou impossible pour la quasi-totalité des futurs homosexuels** » (Messiah & Mouret-Furme 1993:1373-1374).

Alors, l'adolescent qui découvre son homo/bi-sexualité se sent seul ; il l'est « d'autant plus qu'il appartient à certains univers stricts, chargés d'interdits ou de traditions pesantes : milieu rural, zones urbaines sensibles, milieux catholique ou islamique » (Fize 2001:318), d'autant plus qu'il baigne dans un milieu homophobe.

3.6 Les jeunes face à l'homophobie

Au regard de ces observations, on peut avancer que le malaise qui peut être présent chez les jeunes se découvrant une sensibilité homo/bi-sexuelle se trouve en relation avec la perception sociale négative de l'homosexualité (Thévenot 1999:464). Il est vrai que cette perception semble évoluer en ce moment en France (avec la mise ne place du PACS notamment) mais cette tolérance reste limitée comme nous le verrons. « Lorsque, dans une culture donnée, les scénarios culturels définissent avec précision les actes sexuels autorisés ou souhaitables, toute pratique différente est perçue et définie comme une transgression » (Bozon 1999:16). Notre société tend encore à structurer les rapports entre les individus à **l'image hiérarchisée des rapports hommes/femmes** et donc à rejeter tout ce qui semble relever du féminin (au sens traditionnel) chez un homme (Isay 1989:161, Welzer-Lang 1998:95) ou ce qui paraît être une non conformité au rôle social et sexuel assigné au genre féminin pour une jeune fille. Cette **homophobie intériorisée** demeure telle que, lors de l'enquête sur le comportement sexuel en France²⁰, en réponse à une question portant sur la tolérance envers l'homosexualité masculine, 14% des hommes s'identifiant comme homo ou bisexuels déclaraient que « les rapports homosexuels sont plutôt pas ou pas du tout acceptables » (Messiah & Mouret-Fourme 1993 :1375). Aux Etats-Unis, une enquête de 1988 auprès d'un échantillon représentatif d'adolescents masculins âgés de 15 à 19 ans a produit une estimation plus pessimiste dans ce contexte national²¹ : parmi les jeunes exclusivement hétérosexuels 89% d'entre eux déclarent qu'une relation sexuelle entre deux hommes est dégoûtante et 12% seulement d'entre eux accepteraient l'amitié d'un gay (Marsiglio 1993). « La vérité, c'est que les homosexuels constituent une minorité contre laquelle il est encore relativement aisé d'exercer de la discrimination » (Fairweather 1988).

Homophobie : c'est une « attitude d'hostilité à l'égard des homosexuels, hommes ou femmes. (...) L'homophobie, comme toute sorte d'exclusion, ne se limite pas à constater une différence : elle l'interprète et en tire des conclusions matérielles. (...) quotidienne et partagée, l'homophobie participe du sens commun, bien qu'elle aboutisse à une aliénation certaine des hétérosexuels » (Borillo 2000).

Inquiétudes de jeunes lesbiens : « Est-ce que je ne me tiens pas trop près de lui/elle ? Est-ce que ma voix n'est pas trop haute ? Est-ce que je ne parais pas trop content de le/la voir ? » (*in* Anderson 1995) ; voici quelques interrogations qui traduisent les craintes de ces jeunes dans des situations où devraient au contraire s'exprimer la spontanéité, l'affection, le plaisir.

Face à cette homophobie, les jeunes lesbiens ne restent pas passifs, ils cherchent des moyens d'échapper aux agressions et à la souffrance sociale mais les choix ne sont pas aisés ni toujours judicieux, et ils ne disposent guère de modèles positifs sur lesquels s'appuyer (cf. en §3.3, la typologie de Michel Dorais). Par exemple, dans de nombreuses études, sont décrites les stratégies adoptées par les filles et les garçons homo/bi-sexuels pour se forger une **fausse personnalité d'hétérosexuel(le)** qui leur permette de survivre durant leur scolarité (Dorais 2001, O'Connor 1995, Pollack 1999).

²⁰ Enquête ACSF (cf. supra) ; l'estimation produite ici a été bâtie sur un sous-échantillon de 1238 hommes déclarant avoir eu une activité sexuelle au cours des douze derniers mois.

²¹ Echantillon de la *1988 National Survey of Adolescent Males* ; l'estimation porte sur 1463 garçons se déclarant « 100% heterosexual or straight ».

Amy Rey et Pamela Gibson avait interrogé, par voie postale²², des étudiants et des étudiantes américains sur les comportements discriminatoires qu'ils avaient pu adopter envers leurs pairs lesbiennes, gays et bisexuels (Rey & Gibson 1997). Il est frappant de constater que beaucoup d'étudiants, auteurs de **propos infamants ou vexatoires**, se défendent en avançant qu'ils les profèrent seulement en présence d'autres hétérosexuels et que ces réflexions **ne sont finalement que des plaisanteries** qui n'ont pas pour but de blesser leurs camarades à orientation sexuelle non-hétérosexuelle (idem p.75). Ces jeunes précisent que ces propos ne correspondent d'ailleurs pas forcément à leur opinion concernant l'homosexualité. D'une manière générale, ils et elles **dénient l'impact de leurs paroles** et mettent en valeur le fait que ces remarques ou tracasseries n'ont jamais conduit, dans leur établissement, à de la violence physique envers des camarades soupçonnés d'être, ou se déclarant, homo/bi-sexuels. La raison avancée est que le personnel enseignant ne tolérerait aucun « physical abuse » (idem p.76) alors qu'il demeure insensible aux autres formes d'agression envers les jeunes *Lesbigays*. Ces résultats obtenus Outre-Atlantique, donc dans un contexte plus fortement homophobe qu'en France, rejoignent cependant les observations de Neil Duncan (1999) en Grande Bretagne : des collégiens, habitués à traiter d'autres garçons de *gay*, considéraient ce genre d'injure comme une façon anodine de se moquer de ceux qui ne se comportaient pas comme eux.

Le **milieu scolaire** (surtout le collège et le lycée) paraît **fortement homophobe** du fait que les élèves, à ces âges, y construisent (conquièrent) leur féminité/masculinité, leur identité sexuelle comme nous venons de le voir (Anderson 1995, Dumas 1990, Duncan 1999, Harris *et al.* 1997, Herdt & Boxer 1993, Pollack 1999, Rey & Gibson 1997) mais aussi parce que les adultes présents dans ces établissements sous-estiment les souffrances des jeunes *Lesbigays*, d'autant plus que cela touche un domaine (la sexualité) où, comme tout autre être humain, ils ne se sentent pas très à l'aise ni très au clair de leurs propres pulsions sexuelles (Cormier 1988, Harris *et al.* 1997, Holloway *et al.* 2000, Jordan *et al.* 1997, Thomas 2000, Unks 1995). Cette discrimination en milieu scolaire est particulièrement éprouvante pour les jeunes lesbiens, d'autant plus que les personnels et les élèves témoins des injures ou humiliations homophobes craignent, en prenant la défense du jeune attaqué, l'effet de « **contamination** du stigmat » (Goffman 1975). Ils se trouveraient alors accusés d'être homosexuels²³ puisqu'ils prennent position en faveur d'un gay ou d'une lesbienne (ou considéré comme tel) : les adultes risquant de mettre en péril leur emploi, les jeunes risquant de devenir une cible de plus, personne n'intervient. Le ou la jeune victime, de son côté, a **honte d'avouer** à ses parents les causes du harcèlement qu'il/elle subit si bien que rien de sera rapporté aux responsables de l'établissement (Dorais 2001, Duncan 1999, Pollack 1999).

René-Paul Leraton remarque : « il y a quelques années, une circulaire de l'Education Nationale sur les insultes à éliminer mentionnait le racisme, l'antisémitisme, le sexisme, mais passait sous silence l'injure homophobe, alors qu'on sait bien que **pédé est l'insulte suprême** des garçons entre eux » (Leraton 2001:112). Mais, plus récemment, le ministre de l'Education Nationale, Jack Lang, a déclaré qu'il était essentiel à ses yeux que « l'éducation à la sexualité soit une voie offerte à tous les adolescents, vers le refus de l'intolérance en matière sexuelle (...) qui prend chaque jour, et parfois dans nos établissements, le visage ignoble des injures sexistes, de l'homophobie, du machisme (...) » (le 29/09/2000).

Ces jeunes se trouvent encore trop souvent dans l'impossibilité de **pouvoir obtenir une information éclairée et neutre** sur le sujet de l'homosexualité ou de la bisexualité dans leur monde scolaire, tandis que les stéréotypes bien souvent véhiculés par leurs enseignants eux-mêmes ne les aident pas à surmonter ces problèmes (Herr 1997, Leraton 2001, Lipkin 1995, MacLaren 1995). Ils

²² Echantillon raisonné, par voie postale (taux de réponse de l'ordre de 36%), avec 209 répondants plus 43 étudiants volontaires (Rey & Gibson 1997 :71). Les fortes estimations de comportements discriminatoires ne peuvent être utilisées compte tenu de ce type d'échantillon.

²³ Aux Etats-Unis, les adultes seraient plutôt traités de pervers (*pervert*) ou pédophiles (*pedo*).

sont aussi confrontés à **l'absence de modèles positifs diversifiés** (un bisexuel ne se retrouvera pas forcément dans le modèle d'un artiste gay), que ce soit à travers les médias, les événements culturels ou sportifs (Dorais 2001). Quant aux enseignants homo ou bisexuels, ils se gardent bien souvent de dévoiler leur orientation sexuelle de crainte d'être accusé d'influencer leurs élèves (ou sous la pression de leurs responsables), alors que cela pourrait rassurer un jeune ayant du mal à assumer une telle inclination.

Scott Hershberger et Anthony d'Augelli ont étudié l'impact de ces agressions (verbales comme physiques) sur la santé mentale et les comportements suicidaires de jeunes américains²⁴ homo et bi-sexuels (Hershberger & d'Augelli 1995). Ils ont montré que **le soutien et l'aide d'autres personnes**, quelque soit leur orientation sexuelle, sont primordiaux pour ces adolescents agressés afin de leur éviter des répercussions importantes sur leur santé mentale. La famille peut jouer un rôle protecteur (effet *buffer*) si son soutien est intense et si la gravité de l'agression n'est pas trop importante. **L'acceptation de soi** est aussi un facteur qui protège contre des conséquences graves sur son état psychique. Le modèle structurel testé par les chercheurs n'a pas permis de mettre en évidence un lien direct entre les agressions et les tentatives de suicide (uniquement les répercussions sur la santé mentale ont été démontrées). Cependant, ils précisent que « en dépit de l'absence, dans ce modèle, d'une association forte entre victimation et suicide, cette association existe et ne doit pas être négligée » (idem p.72, tda).

Ces jeunes qui ressentent un profond sentiment de solitude et ont une faible estime d'eux mêmes, ne savent **où trouver un lieu sûr** où ils pourraient exprimer librement leur personnalité sans risquer un jugement négatif ou dévalorisant (Dorais 2001, Plummer 1989, Pollack 1999). De même, ils rencontrent maintes difficultés à trouver **des lieux où vivre leur inclination** comme le font leurs camarades hétérosexuels (Dorais 2001, Plummer 1989). J. Thériault a observé que, si la place de l'intimité dans l'expérience relationnelle des jeunes gais est proche de celles des jeunes hétérosexuels, une différence importante réside dans le fait que « l'intimité émotionnelle auprès d'un partenaire sexuel [est] désirée mais non expérimentée dans le quotidien » (Thériault 1998:741). « L'accès à la sexualité relationnelle entre hommes n'est pas simple. Il est sous-tendu par la puissance d'une pulsion qui peut ou non permettre de transgresser ce que ces jeunes identifient comme un tabou social » (Richard & Guillemot 1994:52). Ajoutons que, pour les jeunes originaires du Maghreb, l'homosexualité masculine est un tabou encore très fort (Rouadjia 1991) ce qu'illustrent d'ailleurs les législations discriminatoires de plusieurs nations se réclamant de l'Islam.

Masako Ishii-Kuntz s'est intéressé, lors de son enquête auprès d'étudiants américains de Californie (17-26 ans), aux possibles désaccords entre inclination et pratiques sexuelles notamment chez les jeunes à sensibilité homo/bi-sexuelle (Ishii-Kuntz 1990). Parmi les étudiants enquêtés, 4,7% déclarent avoir vécu des « expériences homosexuelles », tandis que 6,9% indiquent qu'ils n'ont jamais eu d'activité homosexuelle mais déclarent y penser. Ainsi, parmi les 19-24 ans, ils ne sont que 37,4% à agir selon leur inclination (idem p.225). Cette difficulté à vivre leur inclination contribue souvent à un sentiment de désespérance et à une perte de confiance en soi.

On pourra s'étonner de ces constats alors que les Droits des lesbiennes et des gais ont progressé dans plusieurs pays au cours de ces dernières années. Pourtant, les personnes en contact avec les jeunes lesbigays en détresse ont constaté que la situation de ceux-ci ne semble pas profiter de ces avancées dans le domaine du droit et de la tolérance. « Depuis maintenant trois ans et demi, nous remarquons une sorte de **décalage entre générations**. D'un côté, on note une visibilité de plus en plus grande d'une homosexualité adulte pleinement assumée (...). D'un autre côté, chez nombre de jeunes, on constate que la situation évolue peu : la découverte de sentiments et de désirs homosexuels plonge trop souvent encore celui ou celle qui les vit dans un désarroi destructeur » (Leraton 2001:9-10). « **A la racine du problème** du suicide des jeunes gays se trouve **cette société**

²⁴ Echantillon de 165 jeunes garçons et filles de 14 villes, âgés de 15 à 21 ans (âge moyen 19 ans).

qui fait preuve de discrimination envers les homosexuels, qui les stigmatise, tout en refusant de reconnaître qu'un nombre substantiel de ses membres les plus jeunes ont une orientation gaie ou lesbienne » (Jordan et al. 1997:20, tda).

Ce phénomène dépasse le cas de la France et même celui des pays occidentaux. Devant la mise en évidence de l'ostracisme et l'oppression que subissent les gays et lesbiennes, *Amnesty International* a décidé d'**agir contre les Violations des droits de l'Homme liées à l'orientation sexuelle** en créant des groupes spécialisés et une brochure en plusieurs langues (Amnesty International 1998). En 1998, le directeur de la *National Youth Advocacy Coalition* déclarait, lors de la vingtième *National Lesbian & Gay Health Conference* : « J'ai rencontré des jeunes qui avaient été battus, d'autres sur lesquels des élèves avaient uriné à l'école, qui avaient été jetés hors de leur domicile lorsqu'ils avaient révélé leur orientation sexuelle à leurs parents et qui vivaient depuis dans la rue²⁵, et ils étaient encore en vie. Cela constituait, en soi-même, un miracle » (Rea Carey, interviewé dans le *Sun Herald*, septembre 1998, tda).

3.7 L'homosexualité, source de pathologie mentale ?

Encore présente en 2001 dans bien des esprits, l'assimilation entre homosexualité et maladie mentale obscurcit souvent les débats et fige les positions. Ainsi l'éditeur d'un numéro spécial d'une revue scientifique américaine²⁶ consacré à la santé des lesbiens regrette l'inclusion de certaines approches idéologiques sur l'homosexualité, et sur la non conformité aux rôles sociaux de sexe, à l'intérieur de modèles psychiatriques, ce qui aboutit à en faire des maladies mentales ou des « pêchés » (Meyer 2001:858). Dans cette même revue, Alice Miller insiste quant à elle sur l'importance à considérer toute forme de sexualité comme une « construction sociale » et non uniquement comme un phénomène de nature « biomédicale » (Miller 2001:863). L'association *Amnesty International* déplore que l'homosexualité soit encore considérée comme relevant de la pathologie bien qu'elle ait été rayée de la liste des maladies de l'OMS depuis un moment. Elle demeure encore aujourd'hui l'objet d'actions thérapeutiques « pour guérir les homosexuels de leur prétendue maladie » (*Amnesty International* 1998).

L'homosexualité, en tant qu'orientation et pratique sexuelles, a été marquée par une **approche pathologisante**. L'apparition du terme et du concept est due aux médecins et psychiatres du XIX^{ème} siècle qui décrivaient, classaient, définissaient les « aberrations du sens génésique, les attentats aux mœurs » et cherchaient à donner réalité à de nouvelles catégories de comportements assimilés à des maladies curables ou non, remplaçant les pêchés mortels de jadis par des classifications sans cesse affinées (Foucault 1976). Aujourd'hui, elle tend à devenir, non seulement l'une des options possibles de la sexualité humaine (Corraze 1985), mais aussi une sexualité où le sujet peut s'épanouir dans sa totalité. Il peut donc nous paraître embarrassant, dans ce contexte, de constater que les homosexuels et bisexuels encourent plus que d'autres le risque de développer des conduites suicidaires, car cela renforcerait l'association possible entre homosexualité et pathologie mentale. Cependant, nous ne devons pas nous voiler la face et affronter la réalité des comportements des lesbiens afin de chercher des voies pour la prévention et l'action et en abordant de front cette question dérangeante.

Passons en revue les **hypothèses** émises au sujet de ces résultats empiriques : 1) l'association observée entre le risque de faire une TS et l'orientation sexuelle n'est qu'un artefact dû à une mauvaise mesure ou à la non prise en compte de facteurs de confusion ; 2) les jeunes

²⁵ Selon des enquêtes auprès de jeunes sans domicile, la proportion de garçons à orientation homosexuelle est plus importante que dans la population générale, et/ou le taux de TS est beaucoup plus élevé (Allen 1994, Anderson *et al.* 1994, Firdion 1999, Mac Caskill *et al.* 1998, Marpsat *et al.* 2000, Rosenthal *et al.* 1994, Rotheram-Borus *et al.* 1992, Yates *et al.* 1988).

²⁶ American Journal of Public Health.

présentant des troubles mentaux sont davantage susceptibles de présenter une orientation homo ou bi sexuelle ; 3) le style de vie des jeunes lesbiennes les pousse à vivre davantage de stress ce qui les conduit à commettre des TS, indépendamment du fait qu'ils ont une telle orientation sexuelle ; 4) les discriminations et l'ostracisme dont sont victimes les jeunes lesbiennes sont les principaux facteurs favorisant le risque de TS dans cette population (Fergusson et al. 1999:880).

Nous avons vu que Hershberger et d'Augelli (1995) ont montré l'influence de la victimisation des jeunes lesbiennes sur leur santé mentale et que, lorsque les violences subies ne sont pas trop graves, cet effet peut être atténué (effet *buffer*) par les capacités de leur entourage à les soutenir, les accepter, les valoriser (cf. supra §3.6).

Susan **Cochran** et Vickie **Mays** se sont posées la question de la relation entre des symptômes psychiatriques et l'orientation sexuelle du sujet (Cochran & Mays 2000a). Elles ont travaillé à partir d'un échantillon américain national représentatif²⁷. Les résultats de leurs modélisations²⁸ mettent en évidence que les hommes homo ou bisexuels²⁹ déclarent plus souvent que les hommes exclusivement hétérosexuels une dépression majeure et un épisode de panique (*panic attack syndrom*). Les femmes homo ou bisexuelles déclarent plus fréquemment de la dépendance à l'alcool et à la drogue que les femmes exclusivement hétérosexuelles.

Stephen **Gilman** et ses collègues ont examiné les risques de désordres psychiatriques parmi les personnes ayant des partenaires de même sexe, en exploitant les données d'une enquête nationale américaine sur la santé³⁰ (Gilman et al. 2001). Ils ont trouvé que les personnes homo ou bisexuelles³¹ ont des prévalences plus élevées (après contrôle³²) que les personnes exclusivement hétérosexuelles dans le cas des TS, des pensées suicidaires (au cours de la vie) pour les deux sexes. Dans le cas des femmes, les niveaux de l'anxiété, de l'abus de substances psycho-actives et des troubles de l'humeur sont significativement plus élevés chez les lesbiennes et bisexuelles. Les auteurs observent que la séropositivité au virus VIH est associée à des niveaux plus élevés d'anxiété, de troubles de l'humeur et d'abus de substances psychoactives mais que la prise en compte de ce facteur ne modifie que peu les estimations des risques relatifs déjà mentionnés.

Rafael **Diaz** et ses collègues ont étudié l'effet de différents types de discrimination sur une population³³ de gays et bisexuels américains (Diaz et al. 2001). Ils ont mis en évidence, dans un modèle multivarié, l'effet significatif d'avoir subi l'expérience de discrimination(s) dans trois domaines (homophobie, racisme, pauvreté économique) sur la santé mentale (anxiété, dépression, idées suicidaires) en tenant compte de facteurs tels que l'isolation sociale et une faible estime de soi (qui ont leurs influences par ailleurs). Les auteurs en concluent que ces différentes formes de discriminations ont leurs effets propres qui nuisent à la santé mentale des individus qui les subissent.

Susan **Blake** et ses collègues se sont intéressés aux effets d'une campagne de sensibilisation, en milieu scolaire, sur l'homosexualité et le virus VIH. Travaillant sur un échantillon d'étudiants de l'Etat du Massachusetts³⁴, ils ont étudié l'évolution des comportements « à risque » parmi les jeunes ayant ou non été touchés par cette campagne (Blake et al. 2001). Ces chercheurs montrent que, si

²⁷ Les données exploitées concernent les individus sexuellement actifs de l'échantillon de la *National Household Survey of Drug Abuse* de 1996, âge moyen 37 ans (n=9908).

²⁸ Contrôle par variables socio-démographiques.

²⁹ Définis comme ayant eu au moins un partenaire de même sexe au cours de l'année écoulée.

³⁰ *National Comorbidity Survey*, échantillon représentatif de personnes (15-54 ans, âge moyen 34 ans) vivant en logement ordinaire, 1992, n=5877.

³¹ Définies comme ayant eu au moins un partenaire de même sexe qu'elles au cours des cinq dernières années.

³² Variables socio-démographiques.

³³ Échantillon aléatoire de 912 hommes de Miami, Los Angeles et New York.

³⁴ Échantillon aléatoire stratifié de 4159 élèves des grades 9 à 12.

les jeunes lesbi(gay)s³⁵ ont des comportements « à risque » plus fréquents que les jeunes exclusivement hétérosexuels, les jeunes qui, parmi eux, ont assisté à ces séances de sensibilisation déclarent moins de partenaires sexuels, moins de rapports sexuels récents, moins de consommation de substances psychoactives, moins de projet de se suicider, moins d'absence de l'école pour des raisons de sécurité personnelle, moins d'objets personnels volés ou détruits. Cela semble indiquer une modification significative des comportements de ces jeunes mais aussi de leur environnement scolaire.

Les résultats de ces études portant sur des populations de composition différentes semblent indiquer que la dernière hypothèse évoquée précédemment (l'homophobie est un facteur qui accroît le risque de TS parmi les jeunes lesbi(gay)s) n'est pas contredite par les données empiriques et que les différentiels observés selon le sexe, l'effet *buffer* de la famille, l'influence d'une campagne de sensibilisation sur l'homosexualité et le Sida réduisant la fréquence des idées suicidaires, la similitude entre l'effet d'une discrimination telle que le racisme et celui de l'homophobie, tendraient plutôt à la **conforter**. Personne ne soutient en effet que la dépression touchant plus fréquemment les victimes du racisme est due principalement aux conditions de vie spécifiques dans lesquelles se placent ces personnes, ni que celles-ci sont plus vulnérables, par nature, aux troubles mentaux.

En conclusion :

Ainsi, alors que les jeunes subissent le stress lié aux changements pubertaires et de l'adolescence, au changement du cadre scolaire, à l'entrée dans la vie adulte³⁶, la difficulté d'insertion sociale vécue par ceux qui présentent une orientation sexuelle non conventionnelle³⁷ peut les conduire à se sentir écrasés par des phénomènes d'exclusion, de rejet, de mépris, de stigmatisation, particulièrement importants dans le milieu scolaire. Ils peuvent alors éprouver une perte de valeur de soi-même, une perte de confiance dans l'avenir et les autres. Du fait d'un modèle hétérosexuel très prégnant dans notre culture et de différentes formes d'intolérance à l'homosexualité, bien des facteurs qui ont un rôle important dans l'étiologie du suicide et des comportements suicidaires³⁸ sont en place chez ces jeunes *Lesbi(gay)s* : état dépressif, consommation de substance psychoactive ou d'alcool, conflits familiaux ou avec les proches, isolement. Or, « davantage qu'un seul facteur, c'est le cumul qui importe. Le risque est multiplié par sept dans le cas où trois facteurs sont réunis » (Caroli & Guedj 1999:64). Il n'apparaît cependant pas, à la lecture de ces travaux, que l'orientation homo ou bi-sexuelle en elle-même favorise chez un jeune des pensées et conduites suicidaires (ni des pathologies mentales) mais que c'est bien plutôt l'insertion sociale souvent problématique de ces jeunes du fait de l'intolérance. Selon les paroles d'un adolescent : « Je suis pédé... Je suis plus bon à rien » (*in* Dolto 1988:116). Ces éléments nous ont paru justifier la définition des jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle comme groupe « à risque » vis-à-vis du suicide et des TS. Des données recueillies auprès des jeunes suicidants et *Lesbi(gay)s*, pourraient alors permettre de mieux comprendre ce phénomène.

³⁵ 4,2% des jeunes furent classés lesbi(gay)s et 1,3% « not sure » (ces derniers sont exclus de l'analyse) à partir d'une question sur leur identité sexuelle et une autre sur leurs partenaires sexuels.

³⁶ Bozon & Villeneuve-Gokalp 1994.

³⁷ "gay-related stress" Rotheram-Borus *et al.* 1994.

³⁸ Caroli & Guedj 1999, Debout 1996.

4. Les résultats des principaux travaux empiriques

« à ce jour, en France, aucune étude ne s'est penchée sur la question spécifique du suicide chez les jeunes gais et lesbiennes » (Leraton 2001)

Après avoir décrit une étude pionnière américaine des années soixante dix, nous aborderons les enquêtes récentes sur échantillons de volontaires ou sur échantillons raisonnés (c'est-à-dire non strictement représentatifs) puis des enquêtes récentes sur échantillons probabilistes (représentatifs) concernant des populations lesbiens. Comme nous l'avons signalé, nous ne disposons d'aucune étude en France sur ce sujet et nous nous appuyons ici sur des travaux nord-américains. Malgré la différence de contexte, nous estimons que les conclusions de ces études s'appliquent également au cas français, à quelques nuances près.

4.1 L'étude pionnière de Bell et Weinberg

Les chercheurs américains Alan Bell et Martin Weinberg ont été parmi les premiers à mettre en évidence un risque de suicide plus élevé parmi les personnes à orientation homosexuelle ou bisexuelle. Dans leur ouvrage désormais classique (Bell & Weinberg 1978), ils montrent que les hommes homosexuels de leur échantillon³⁹ étaient significativement plus anxieux⁴⁰ que les hommes hétérosexuels. Concernant la dépression, ces auteurs notaient que les homosexuels avaient plus tendance à faire état de sentiments dépressifs que les hommes hétérosexuels (38% de réponses « dépression assez importante » contre 26%, différence non significative dans le cas des femmes, p.500). Si la fréquence des idées suicidaires n'est guère différente entre les homosexuels et les hétérosexuels, des différences significatives apparaissent pour avoir « envisagé sérieusement [le suicide] mais pas de tentative », dans le cas des hommes (17% contre 8%), et ces différences s'accroissent malheureusement pour les cas les plus graves : avoir effectué « au moins une tentative » (18% contre 3% pour les hommes, 23% contre 12% pour les femmes, p.506). Dans la moitié des cas de tentative de suicide accomplies par des hommes homosexuels, ceux-ci déclarent que ce geste « avait un rapport avec le fait qu'ils étaient homosexuels » (idem p.250). Alan Bell et Martin Weinberg estiment que les hommes homosexuels ou bisexuels présentent un risque 13,6 fois plus grand de faire une tentative de suicide que les hommes hétérosexuels.

4.2 Des enquêtes récentes sur échantillons de volontaires ou échantillons raisonnés

Les résultats de ces enquêtes, reposant sur des échantillons non représentatifs, ont été tenus tout d'abord pour discutables, avant que des travaux de plus grande ampleur viennent les confirmer. Il est intéressant d'y observer les facteurs qui apparaissent en lien avec les comportements et pensées suicidaires de même que les résultats des comparaisons entre sous-populations. Les estimations sont, quant à elles, à prendre avec prudence.

³⁹ Il s'agit d'un échantillon raisonné de 686 hommes et 293 femmes à orientation homosexuelle ou bisexuelle (âge moyen 37 ans). Ces personnes ont été recrutées, au sein de la population de la baie de San Francisco, au moyen de petites annonces, par des contacts dans des bars et cabarets, dans des établissements de bains, par des organisations s'adressant à ces populations, par relations personnelles... Il ne s'agit donc pas d'un échantillon aléatoire mais cette démarche présentait l'avantage de permettre une comparaison avec un échantillon témoin de personnes à orientation hétérosexuelle (337 hommes et 140 femmes).

⁴⁰ « D'une manière générale, êtes-vous une personne très soucieuse, assez soucieuse, très peu soucieuse ou pas du tout soucieuse ? » (Bell & Weinberg 1978:498).

Durant l'hiver 1992-93, P. **Cochand** et P. **Bovet** ont mené une enquête auprès des homosexuels et bisexuels de **Suisse Romande** (Cochand & Bovet 1998)⁴¹. Cette étude avait pour but de comparer les comportements des homosexuels séro-négatifs à ceux des séro-positifs (40% de l'échantillon). Si la prévalence des TS, qui s'élève à près d'un quart, ne peut être considérée comme une estimation valant pour les homosexuels et bisexuels suisses puisque l'échantillon n'est pas représentatif, elle se situe néanmoins à un niveau très élevé, pour le groupe des séro-négatifs comme pour celui des séro-positifs, par rapport aux données concernant la population générale. Les auteurs soulignent que des facteurs de risques de suicide sont présents parmi la majorité des homosexuels masculins interrogés (idem p.232) : une attitude dépressive (11% de l'échantillon), un rejet de l'homosexualité par les parents (22%) et, dans le cas des séro-positifs, le manque d'amis (11% des VIH-positifs). Des résultats importants de ce travail sont le niveau élevé des prévalences (vie entière), concernant les TS, et l'absence de différence significative quant aux idées suicidaires et aux TS entre les deux groupes étudiés. On peut y voir l'efficacité de la prise en charge médicale et de l'accompagnement des hommes séro-positifs mais aussi le fait que les prévalences sur la vie entière ne permettent pas de mettre en évidence un différentiel entre deux groupes dont la définition s'appuie sur une caractéristique survenue récemment dans la vie des individus.

A **Chicago**, Gilbert **Herdt** et Andrew **Boxer** ont suivi, de 1987 à 1988, les jeunes qui fréquentaient le *Horizons Social Services* (association apportant soutien et services auprès des jeunes homosexuels) et conduits des entretiens auprès de 202 jeunes (147 garçons et 55 filles) s'identifiant eux-mêmes comme gay ou lesbienne, âgés de 14 à 20 ans. Cet échantillon de deux cents jeunes se rapprochait d'un échantillon par quota de façon à ce que la structure de la population interrogée soit proche de celle des jeunes de Chicago. Un des résultats importants de ce travail a été de montrer que si ces jeunes connaissaient une période de trouble et de confusion, ils en rejetaient la cause sur la difficulté à accorder de la valeur à leur identité comme à leurs sentiments, et les obstacles à réaliser leurs désirs dans une société hostile (Herdt & Boxer 1993 :200). Il apparaît aussi que, durant le début du processus de *coming out*⁴², beaucoup de jeunes éprouvent des pensées destructrices et de la tristesse (p.207). Il semble que l'absence de soutien émotionnel et moral au cours de cette période soit un facteur important qui favoriserait les pensées suicidaires. Dans l'ensemble de l'échantillon, près d'un tiers ont tenté, au cours de leur vie, de se suicider tandis que les adolescents qui sont pris en charge par le service d'aide ont une prévalence de TS au cours de la vie de 20%. Les auteurs soulignent que les jeunes suivis par *Horizons* déclarent ne pas souffrir d'isolement.

David **Fergusson** et ses collègues ont travaillé sur des données longitudinales concernant un millier de jeunes de **Nouvelle Zélande** depuis l'âge de 14 ans jusqu'à 21 ans (Fergusson et al. 1999)⁴³. Les résultats ne distinguent malheureusement pas les estimations selon le sexe de l'enquête. Les jeunes lesbigays⁴⁴ présentent des prévalences plus élevées (après contrôle⁴⁵) en ce qui concerne les pensées suicidaires, les TS, les dépressions majeures, la dépendance à la nicotine et le désordre de comportement (*conduct disorder*), que les jeunes exclusivement hétérosexuels.

Mary Jane **Rotheram-Borus** et ses collègues ont collecté des données auprès de 131 garçons gays ou bisexuels (âgés de 14 à 19 ans, âge moyen 16,8 ans) se présentant à un service

⁴¹ Ils recueillirent les 164 questionnaires auto-administrés complets issus d'un échantillon boule de neige (62% de l'échantillon total) et d'un échantillon de patients d'une unité de consultation HIV de l'Hôpital de l'Université de Lausanne (38%). Agés de 22 à 66 ans, l'âge moyen des enquêtés est de 36,4 ans (âge médian 34 ans).

⁴² Ces termes désignent la phase pendant laquelle l'individu prend conscience de (ou s'avoue à lui-même) son attraction pour les personnes du même sexe (*self coming out*) ainsi que celle (qui est souvent différente dans le temps) pendant laquelle il essaiera de révéler son homosexualité ou sa bisexualité à son entourage (famille, amis, collègues...).

⁴³ *Christchurch Health and Development Study* : cohorte de 1265 jeunes dont 1007 ont répondu aux questions portant sur la sexualité et les TS.

⁴⁴ Identité sexuelle déclarée à 21 ans et/ou partenaires sexuels de même sexe.

⁴⁵ *Social, family and childhood backgrounds*.

d'aide sociale pour jeunes lesbiennes et gays à **New York**⁴⁶ (Rotheram-Borus et al. 1994). Les jeunes issus de minorités ethniques sont sur-représentés dans l'échantillon réalisé. Un peu plus du tiers de ces jeunes déclarent avoir fait au moins une TS au cours de leur vie et, parmi ceux-ci, la moitié en ont fait plus d'une. Un tiers rapporte avoir eu une période de pensées suicidaires durant le mois précédant l'enquête tandis que 14% d'entre eux ont fait une TS durant cette même courte période.

Comparant les gays et bisexuels ayant fait une TS aux non suicidaires de l'échantillon, les auteurs trouvent que les premiers ont plus de risque que les seconds d'avoir abandonné les études avant le terme légal, de vivre en dehors de leur famille et d'avoir un ami ou un membre de leur famille ayant tenté de se suicider (p.503). Le stress lié à la famille est beaucoup plus important chez les suicidants de même que le nombre de *stressors* en rapport avec leur orientation sexuelle (par exemple : les violences physiques, menaces... en lien avec l'homosexualité) est beaucoup plus élevés parmi eux. Les jeunes gays ou bisexuels suicidants présentent une probabilité plus élevée d'avoir révélé leur orientation sexuelle à leurs parents ou à leur fratrie, sans qu'un lien de causalité ou de conséquence puisse clairement s'établir.

Si ces résultats ne peuvent être étendus à tous les jeunes homo/bi-sexuels masculins de New York, les auteurs jugent qu'ils sont suffisamment alarmant pour justifier des investigations sur des échantillons plus larges et la mise en œuvre de dispositifs de prévention spécifique pour cette tranche d'âge (p.505). Les auteurs insistent sur la détresse liée au dévoilement volontaire ou involontaire de l'orientation sexuelle du sujet vis-à-vis de sa famille et de ses proches.

L'étude conduite par Gabe **Kruks**, auprès de **jeunes sans domicile** utilisant des services d'aide de **Los Angeles**⁴⁷, a porté plus particulièrement sur les caractéristiques et les comportements des garçons et filles s'identifiant eux-mêmes comme gay ou bisexuel (Kruks 1991). Les entretiens approfondis conduits par des travailleurs sociaux auprès de ces jeunes ont été enrichis par des sources d'information complémentaires (centre de désintoxication par exemple). Parmi plus de six cents jeunes (de 13 à 23 ans) interrogés dans ces centres de soins, 11% déclarent être homo ou bi-sexuels, ce qui est supérieur aux estimations nationales américaines (Turner *et al.* 1998). Cela pourrait indiquer que les jeunes lesbiennes, gays ou bisexuels sont davantage à risque de devenir sans domicile que les jeunes exclusivement hétérosexuels mais les auteurs restent prudents compte tenu de l'échantillon considéré. Plus de 80% des 153 jeunes interrogés au centre pour jeunes déclarent avoir connu un (ou plusieurs) comportement(s) ou attitude(s) homophobes ayant contribué à leur décision de quitter leur domicile (foyer parental...) et d'entamer l'errance (Kruks 1991:516).

Exemple 8 : Robert est âgé de 17 ans au moment de l'entretien ; il a été jeté hors de chez lui à l'âge de 12 ans lorsque son beau-père a découvert qu'il est *gay*. A ce moment, il trouva refuge auprès de quelques amis plus âgés avec lesquels il noua des relations. Il eut ainsi un toit et put poursuivre ses études. Il réussit bien dans sa scolarité au moment de l'interview et déclare ne pas rencontrer de problème majeur mais il est souvent déprimé et s'engage dans des contacts sexuels avec de nombreux garçons pour lutter contre cet état. Il n'a pas encore cherché d'aide auprès d'association ni de professionnel (*in Tremblay 1994, tda*).

En comparant les jeunes sans domicile se déclarant homo ou bi-sexuels avec les autres jeunes sans domicile, l'auteur constate que la prévalence des TS dans le premier groupe s'élève à 50% (« au moins une TS au cours de la vie ») tandis qu'elle atteint le tiers dans le second. (*idem* p.517). Ce qui semble indiquer que, pour des conditions de vie présentes identiques (et particulièrement éprouvantes), les jeunes à identité sexuelle non conventionnelle seraient plus

⁴⁶ Tirage systématique parmi les jeunes se présentant au *Social Service Agency for Lesbian and Gay Adolescents*, Hetrick-Martin Institute, New York City, 1988-1991.

⁴⁷ *Children's Hospital of Los Angeles* (CHLA), *Youth Services Department* (YSD) du *L.A. Gay and Lesbian Community Service Center*.

suicidaires (ou ont un passé plus souvent suicidaire) que les jeunes hétérosexuels. Gabe Krucks souligne qu'en l'absence de soutien compréhensif, le jeune homo ou bi-sexuel expérimente une solitude particulièrement aiguë avec une forte difficulté de confier ses angoisses personnelles. On pourrait mentionner aussi le fait que les services d'hébergement collectif d'urgence sont des lieux où les jeunes gais et bisexuels se trouvent parfois menacés ou violentés (Killeen 1987).

Dans les enquêtes françaises auprès des jeunes sans domicile, la question de l'orientation sexuelle du sujet n'a jamais été abordée, soit qu'elle ne faisait pas partie de la problématique des chercheurs, soit que les conditions de collecte n'apportaient pas suffisamment de garantie de confidentialité pour poser des questions aussi intimes (interview dans un point soupe en plein air, dans un centre d'hébergement d'urgence...).

4.3 Des enquêtes récentes sur échantillons probabilistes

A la suite de la publication, aux Etats-Unis, du rapport d'un groupe de réflexion sur le suicide des jeunes (*Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide*) en 1989, qui concluait que les jeunes gay présentent 2 à 3 fois plus de risque de commettre un suicide, la polémique s'engagea sur la validité des résultats présentés (Remafedy 1999a). Ainsi, l'association américaine de Suicidologie (*American Association of Suicidology*) et l'Institut national de la santé mentale (*National Institute of Mental Health*) rendirent compte en 1994 d'un groupe de travail concluant à l'opposé : « il n'y a pas de mise en évidence que le suicide et l'orientation sexuelle soient liés entre eux de manière directe ni indirecte » (Remafedy 1999b). Depuis, des travaux quantitatifs importants ont été réalisés qui ont confirmé l'appréciation du groupe de réflexion sur le suicide des jeunes de 1989. Nous avons choisi de présenter en détail les résultats de ces principaux travaux qui maintenant sont devenus des références.

➤ L'étude canadienne de Christopher **Bagley** et Pierre **Tremblay** s'appuie sur un échantillon aléatoire de la population masculine jeune de **Calgary** (Bagley & Tremblay 1997:180). Dans cette enquête, 12,7% des hommes interrogés se déclarent homosexuels ou bisexuels, ou déclarent des pratiques homosexuelles actuelles (idem p.184).

Parmi les jeunes hommes sexuellement actifs, les homo et bi-sexuels ont près de trois fois plus de risques de présenter un comportement portant atteinte à leur intégrité physique au cours de leur vie (*self-harm*) que les hétérosexuels de l'échantillon. **Les homosexuels et les bisexuels ont 13,9 fois plus de risques** de faire une tentative mettant leur vie en péril⁴⁸ que les hétérosexuels (6,1% contre 0,44%, idem p.185). Ce facteur de risque est proche de celui trouvé par Bell et Weinberg (13,6). Les homosexuels ou bisexuels de l'échantillon comptent pour plus de la moitié (63%) des jeunes commettant une tentative de suicide alors qu'ils ne représentent que moins de 13% des jeunes interrogés (idem p.191).

La proportion d'individus déclarant au moins une tentative de suicide est de 6,1%, ce que l'on peut rapprocher de l'estimation (à l'âge de 20 ans) de 9,6% faite par Bell et Weinberg. Ce taux de tentatives de suicide particulièrement élevé parmi les homosexuels et bisexuels pourrait être lié à d'autres types d'événements dont d'autres travaux indiquent qu'ils favoriseraient les idées

Bagley & Tremblay 1997

Méthodologie

L'échantillon stratifié comportait **750** hommes âgés de 18 à 27 ans, d'âge moyen 22,7 ans, résidants à **Calgary** (Canada, ville de 742.000 habitants), en 1991-1992. La collecte était conduite à domicile et les réponses introduites par l'enquêteur lui-même sur un ordinateur portable ce qui favorise un meilleur sentiment de confidentialité et des déclarations plus fréquentes de comportements ou caractéristiques socialement mal perçus (système CAPI, *computer assisted personal interviewing*, p.179).

Cet échantillon n'est pas représentatif des jeunes sans domicile ni des jeunes vivant en institution (hôpital, prison).

⁴⁸ « serious suicide attempt ».

suicidaires. Ainsi, les auteurs ont examiné l'effet de l'abus sexuel durant l'enfance (*child sexual abuse*), mais ils n'ont trouvé aucun effet significatif sur la propension à vouloir se suicider (idem p.190).

Les étudiants homo et bi-sexuels déclarent significativement plus souvent être **victimes d'actes violents** que les étudiants hétérosexuels. Ils sont aussi trois fois plus nombreux à déclarer **avoir évité de venir à l'école** parce qu'ils ne s'y sentaient pas en sécurité et deux fois plus nombreux à déclarer avoir été menacé ou blessé par une arme à l'école (idem p.263). Ils mentionnent plus souvent, que les étudiants hétérosexuels, avoir eu **des affaires abîmées ou volées à l'école** (test significatif). Les auteurs notent qu'ils consomment **plus fréquemment de l'alcool, de la marijuana et de la cocaïne** (au moins une fois au cours de la vie).

Des questions portaient sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Les élèves ayant des partenaires de même sexe ont 50% de risques de plus de déclarer avoir « sérieusement envisagé de se suicider » durant les 12 derniers mois que les élèves hétérosexuels : 1,7% contre 28,6% (idem p.264). Ils sont deux fois plus nombreux à avoir tenté (au moins une fois) de se suicider durant l'année précédente (27,5% contre 13,4%). Cet écart s'accroît si l'on considère les tentatives de suicide ayant nécessité une intervention médicale : 20% contre 5%. Bien entendu, il faut tenir compte des limites de l'étude : il s'agit d'une population scolaire suivant régulièrement les cours, les pratiques sexuelles sont utilisées comme *proxy*, les sous-échantillons (homo/bi-sexuels et hétérosexuels) ne sont pas ajustées sur des caractéristiques telles que l'âge, les catégories socioprofessionnelles...

➤ L'enquête de Anne **Faulkner** et Kevin **Cranston** sur un échantillon d'élèves des **écoles publiques du Massachusetts** a résulté de la prise en compte des conclusions, publiées en 1989, du groupe de réflexion sur le suicide des jeunes (*Task Force on Youth Suicide*), soulignant qu'une fraction disproportionnée d'adolescents gays et lesbiennes semblait commettre des suicides. Le questionnaire ne comportait pas de questions sur l'orientation ni l'identité sexuelles mais sur le sexe des partenaires sexuels. Cette indication a été utilisée comme *proxy*. Parmi les élèves ayant eu des rapports sexuels, 6,4% ont déclaré avoir eu des contacts sexuels avec un partenaire de même sexe (Faulkner & Cranston 1998:263). Les élèves homo et bi-sexuels ont été regroupés en une seule classe pour l'analyse.

Les chercheurs ont trouvé que les étudiants ayant des partenaires de même sexe présentent une probabilité d'« avoir sérieusement pensé au suicide au cours des douze derniers mois » supérieure à celle des étudiants ayant des partenaires de sexe opposé (idem p.264). Ils sont **deux fois plus nombreux à déclarer avoir commis une TS (au cours des douze derniers mois)**, et huit fois plus nombreux à l'avoir fait 4 fois ou plus. Ils sont aussi **quatre fois plus nombreux à avoir reçu des soins médicaux à la suite de leur TS**. Par ailleurs, les auteurs ont noté que les jeunes ayant des rapports homosexuels déclarent plus fréquemment se sentir menacé, avoir subi des atteintes à leurs biens personnels ou des agressions physiques. Ils ne déclarent pas des consommations d'alcool, de tabac, de marijuana significativement différentes de leurs camarades exclusivement hétérosexuels mais ils sont plus nombreux parmi les consommateurs de cocaïne et de drogue injectable.

Faulkner & Cranston 1998

Méthodologie

Enquête sur un échantillon représentatif d'élèves des écoles publiques de l'Etat du **Massachusetts**. Les auteurs ont utilisé les données de la "*1993 Massachusetts Youth Risk Behavior Survey*". Cet échantillon comprenait **3054** élèves de *High School*, du grade 9 au grade 12, c'est-à-dire depuis l'équivalent de la classe de troisième du collège à la terminale du lycée (âge moyen 16 ans). Les questionnaires étaient auto-administrés. Dans l'échantillon réalisé, la part des élèves, ayant eu (au moins une fois) des contacts sexuels avec un partenaire de même sexe, s'élève à 105 élèves, tandis que 1563 élèves déclaraient uniquement des contacts hétérosexuels (p.263). Cet échantillon n'est pas représentatif des élèves ayant abandonné l'école, des jeunes sans domicile ni des jeunes vivant en institution (hôpital, prison).

➤ Gary **Remafedi** et ses collègues, constatant le manque d'enquêtes sur échantillon probabiliste pour étayer les chiffres sur les taux de TS parmi les jeunes lesbiens, ont constitué un échantillon aléatoire d'élèves de l'**enseignement public** de l'Etat du **Minnesota**. Ils se sont penchés particulièrement sur les jeunes s'identifiant eux-mêmes comme homo ou bi-sexuels qu'ils comparèrent à un sous-échantillon de jeunes exclusivement hétérosexuels ayant des caractéristiques socio-démographiques et scolaires voisines (échantillon témoin). Aucune différence significative n'ayant été trouvée entre les caractéristiques des jeunes homosexuels et bisexuels, pour chaque sexe, ceux-ci ont été regroupés en une seule catégorie. Les auteurs ont conduit des **régressions logistiques** en les **ajustant sur deux caractéristiques de la population enquêtée** : la *race/ethnicity* et le niveau socio-économique⁴⁹ (Remafedi et al. 1998:58).

Les auteurs trouvent que, chez les garçons, l'orientation bisexuelle/homosexuelle est associée de manière significative (après ajustement et au seuil de 5%) avec les intentions de suicide (près de 4 fois plus que les hétérosexuels) et les tentatives de suicides (**7 fois plus que les hétérosexuels**), tandis qu'il n'y a pas de différence entre les deux classes de garçons quant aux idées suicidaires et qu'il n'y a pas de différences significatives entre les filles bisexuelle/homosexuelles et hétérosexuelles. Chez les garçons, les taux de TS s'élèvent à 28% chez les homo/bi-sexuels contre 4% chez les hétéro, chez les filles ces taux sont de 21% contre 15% (idem p.58).

Gary Remafedi et ses collègues soulignent que ce risque de suicide accru parmi les étudiants bi/homo-sexuels **ne peut pas être attribué à l'homosexualité per se** du fait des différences observées selon le sexe (idem p.59). Ils retiennent l'hypothèse que les troubles liés à une non conformité aux stéréotypes sociaux de genre pourraient affecter davantage les garçons que les filles homosexuelles (idem p.59). Ils concluent en précisant que leurs résultats montrent que l'orientation bisexuelle ou homosexuelle est un facteur de risque pour les tentatives de suicide chez les préadolescents et les adolescents masculins et que cet aspect devraient être pris en compte dans les pratiques cliniques des médecins et des personnels soignants ainsi que dans la politique de prévention.

➤ Susan **Cochran** et Vickie **Mays** ont exploité l'**enquête nationale américaine** NHANES III qui incluait des questions sur les idées suicidaires et les TS ainsi que, pour les hommes, le sexe de leurs partenaires sexuels au cours de la vie (Cochran & Mays 2000b). Les auteurs ont pris en compte **trois facteurs de confusion** (âge, ethnicité et niveau des ressources de la

Remafedi et al. 1998

Méthodologie

L'échantillon est tiré de l'enquête périodique "*Adolescent Health Survey*" de 1987, comprenant 36.254 élèves représentatifs des classes des établissements publics (*junior et high school*) de l'Etat du **Minnesota** pour les grades 7 à 12 (équivalents aux classes de la 5^{ème} à la Terminale). Dans cet échantillon, 394 adolescents se déclarent bi-sexuels (131 garçons et 144 filles) ou homosexuels (81 garçons et 38 filles, p.58). A ces jeunes ont été ajoutés 336 autres répondants se déclarant exclusivement hétérosexuels (184 garçons et 152 filles), sélectionnés comme l'individu précédant le jeune homo/bisexuel dans le fichier trié par sexe, etc. (*matched youth*). Au total, l'analyse porte sur **730** enquêtés. L'âge moyen pour les garçons est de 15,1 ans et de 14,5 ans pour les filles (p.:57). Cet échantillon n'est pas représentatif des élèves ayant abandonné l'école, des jeunes sans domicile ni des jeunes vivant en institution (hôpital, prison).

Cochran & Mays 2000b

Méthodologie

La *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) est une enquête périodique sous l'égide du *National Center for Health Statistics* durant les années 1988 à 1994. L'échantillon (tirage à plusieurs degrés) est représentatif, au niveau **national**, des personnes vivant en logement ordinaire et âgées de plus de 2 mois. Il comporte 40 000 individus. Parmi eux, **3648 hommes** âgés de 17 à 39 ans furent interrogés à la fois sur leurs troubles affectifs et sur leurs partenaires sexuels (sexe, nombre...). Cet échantillon n'est pas représentatif des jeunes sans domicile ni des jeunes vivant en institution (hôpital, prison).

⁴⁹ Aux Etats-Unis, la variable de *race/ethnicity* est utilisée comme *proxy* pour un ensemble de caractéristiques socio-culturelles sans que cela soit perçu comme une justification du concept de race au sens européen du XIX^{ème} siècle. En France, il n'y a pas d'équivalent exact. L'effet potentiel d'autres variables de confusion a été testé (lieu de résidence urbain ou rural...) mais, en l'absence de différence significative, elles n'ont pas été incluses dans les modèles.

famille) pour étudier les différentiels parmi les 3 groupes : pas de partenaires sexuels, partenaires féminins uniquement, au moins un partenaire masculin. L'enquête ne posait pas de question sur l'identité sexuelle de l'interviewé aussi le groupe d'hommes ayant des partenaires du même sexe doit être considéré comme une approximation (*proxy*) des hommes de l'échantillon à orientation homo ou bi-sexuelle.

Le groupe des hommes ayant eu des partenaires sexuels de même sexe ont des symptômes, concernant le suicide⁵⁰, significativement **plus élevés que les hommes ayant uniquement des partenaires sexuels féminins**, après la prise en compte des facteurs de confusion. En particulier, la prévalence des TS est de 19,3% pour les premiers et de 3,6% pour les seconds⁵¹ (idem p.576). Alors qu'il n'y a pas de différences significatives pour les **indicateurs de dépression** entre les trois types d'enquêtés, les hommes ayant des pratiques homosexuelles ont davantage d'épisodes récurrents de dépression. Au total 15% des enquêtés de ce groupe remplissent le critère caractérisant un épisode de dépression majeure (selon le DMS-III-R) au cours de la vie (6,5% pour les hommes ayant uniquement des partenaires féminines et 2,3% pour ceux n'ayant pas connu de relation sexuelle). En dépit des limites de l'enquête (recours à un *proxy*, absence d'examen clinique...), ces résultats montrent, à partir d'un échantillon national américain, que les hommes ayant des pratiques homosexuelles présentent **5 fois plus de risques de commettre une TS** que les hommes exclusivement hétérosexuels et que, dans leur cas, les idées suicidaires et les TS se trouvent intervenir surtout durant l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte (idem p.577).

L'analyse statistique a été menée sur des données pondérées en utilisant le logiciel statistique SUDAAN qui **tient compte du plan de sondage** et calcule donc correctement les variances (dans les régressions notamment) ce qui rend valides les tests de significativité (p.574). Les auteurs précisent que, compte tenu des faibles effectifs concernant les hommes ayant connu des rapports sexuels avec d'autres hommes, le nombre de variables de contrôle a été limité (âge, *race/ethnicity*, niveau de revenus de la famille). Ainsi certaines variables qui se trouvaient corrélées avec celles retenues (comme le niveau d'éducation) n'ont pas été incluses dans les modèles (p.574). Tous les tests ont été faits au seuil de 5%.

Les auteurs observent par ailleurs qu'il n'y a **pas de mise en évidence de pathologie mentale plus fréquente**, dans le domaine des troubles affectifs (*affective disorders*) et mentaux (*mania, dysthymia...*), chez les hommes ayant connu des expériences homosexuelles. Ils observent que ces derniers connaissent des épisodes dépressifs significativement plus précoces (âge moyen 14.8 ans) que les hommes exclusivement hétérosexuels (âge moyen 20.4 ans) après ajustement avec l'âge (p.576).

➤ Robert **Garofalo** et ses collègues ont voulu tester, auprès d'un échantillon aléatoire d'adolescents du **Massachusetts**, une hypothèse : l'orientation sexuelle serait associée au risque de commettre une TS, d'une manière indépendante et en association avec d'autres facteurs comme la consommation de drogue, les comportements sexuel « à risque », la victimation (Garofalo et al. 1999). Les jeunes lesbiens (3,8% parmi les garçons et 1,7% parmi les

Garofalo et al. 1999

Méthodologie

L'échantillon est tiré de l'enquête périodique *Youth Risk Behavior Survey*, de 1995, portant sur l'Etat du **Massachusetts** sous l'égide du *National Centers for Disease Control and Prevention*. Il porte sur les jeunes des grades 9 à 12 (équivalents aux classes de la 3^{ème} à la Terminale). Il comporte **3365** garçons et filles, âge moyen 16,1 ans, interrogés à la fois sur les tentatives de suicide, la violence subie et agie, la consommation de drogue, les comportements sexuels. Cet échantillon n'est pas représentatif des jeunes sans domicile ni des jeunes vivant en institution (hôpital, prison).

⁵⁰ Après ajustement, l'effet significatif demeure pour 3 des 4 symptômes (du Diagnostic Interview Schedule) : le désir de mourir, les idées suicidaires, la TS (p.575).

⁵¹ Cette proportion est à rapprocher des 18% et 3% de l'étude de Bell & Weinberg (1978 :506).

filles)⁵² présentent 3,4 fois plus de risque que les jeunes hétérosexuels d'avoir fait une TS dans l'année écoulée (6,5 fois plus de risque pour les garçons et 2 fois plus pour les filles) (p.490).

Ayant construit un modèle logistique hiérarchique, pour prédire le risque de commettre une TS, les auteurs constatent que **l'orientation sexuelle** (ainsi que l'*ethnicity*, un index élevé de violence agie/subie et une forte consommation de drogue) demeure **un facteur significatif** après contrôle par les autres facteurs (âge, index d'activité sexuelle...) : l'estimation est alors de **2,3 fois plus de risque pour les jeunes lesbiens**, 3,74 pour les garçons tandis que le facteur devient non significatif pour les filles (p.491).

Remarquant que leurs résultats confirment ceux de Gary Remafedi et collègues, les auteurs émettent deux hypothèses pour expliquer la différence entre filles et garçons : cette non significativité pourrait être due à l'omission d'un facteur de confusion mal identifié (niveau d'engagement dans la vie sexuelle...) et/ou tenir à une temporalité différente dans l'affirmation de soi (*coming out*) déjà observée entre filles et garçons lesbiens aux Etats Unis (les filles s'affirmant plus tard) qui réduirait les risques de conflits (à ce sujet) avec soi-même, sa famille et ses proches pendant l'adolescence (p.492).

Facteur de confusion

(note méthodologique)

C'est un facteur (l'âge, par ex.) pour une maladie ou un comportement (ici la TS) qui, lorsqu'on en tient compte dans un modèle, modifie l'estimation de l'influence d'un facteur de risque (par ex. l'orientation sexuelle) sur cette maladie ou ce comportement. Un facteur de confusion ne doit pas être affecté par l'exposition au risque, c'est-à-dire, dans notre exemple, que la TS ne peut modifier l'âge, et l'âge ne peut provoquer la TS. Ainsi, la dépression ne peut être un facteur de confusion mais elle peut être un médiateur entre un facteur de risque (l'orientation sexuelle) et la TS. C'est la raison pour laquelle l'état dépressif du sujet n'est pas introduit dans les modèles comme facteur de confusion mais parfois comme médiateur (communication personnelle de S. Cochran et G. Remafedi, août 2001).

⁵² L'orientation sexuelle est définie par les réponses à une question sur l'identité sexuelle ; les jeunes répondant « not sure » ont été regroupés avec les lesbiens car les auteurs estiment qu'un « conflit psychologique interne » associé au questionnement sur l'identité sexuelle les apparente davantage aux lesbiens qui vivent eux aussi des conflits intérieurs au sujet de leur identité. Ceux qui n'ont pas répondu ont été exclus de l'analyse (p.488).

En conclusion :

Les travaux quantitatifs, et surtout les cinq enquêtes portant sur des échantillons probabilistes qui sont d'ailleurs les plus souvent citées dans le monde anglo-saxon, mettent en évidence des risques de commettre une tentative de suicide significativement plus élevés pour les jeunes lesbiens, en tenant compte d'un certain nombre de facteurs de confusion et de l'effet du plan de sondage. Plusieurs études indiquent que ces risques accrus ne sont pas liés à l'homosexualité en soi (soit du fait de l'absence d'une prévalence élevée des maladies mentales chez les jeunes homo/bi-sexuels, soit du fait de différentiels selon le sexe). Par ailleurs, deux des études sur échantillon probabiliste portant sur des individus des deux sexes montrent des taux de TS plus élevés chez les garçons homo ou bisexuels que chez les filles homo ou bisexuelles. De nombreuses questions demeurent en suspens pour expliquer les processus en œuvre et les différences constatées entre filles et garçons mais ces résultats encore peu connus en France, appuient totalement nos hypothèses et incitent fortement à la prévention et à l'action en direction de cette population.

5. Conclusion et quelques pistes de prévention et d'action

5.1 Ce que nous avons constaté

Si, en chiffres annuels, les suicides sont moins importants pour les plus jeunes que pour leurs aînés, ils représentent la seconde cause de mortalité parmi les 15-24 ans et la première cause de mortalité parmi les 25-34 ans. Chez les 10-14 ans, plus de deux préadolescents (en moyenne) se suicident par mois. Depuis le milieu des années 90, la courbe des décès en fonction de l'âge connaît un premier pic aux âges jeunes, avant de s'accroître (comme auparavant) à partir de 65 ans.

Nous avons avancé **trois hypothèses** : 1) le risque de TS (et sans doute des suicides) est plus élevé chez les jeunes à orientation ou sensibilité homo/bi-sexuelle (*lesbiens*) que chez les jeunes exclusivement hétérosexuels ; 2) ce risque accru n'est pas lié à une pathologie mentale résultant de l'orientation sexuelle du sujet mais au manque de support affectif, émotionnel, aux agressions et harcèlement dont ils sont victimes et donc à l'homophobie de la société ; 3) la lutte contre l'homophobie à l'école, dans la famille, dans les médias, etc. profitera aux jeunes *lesbiens* mais aussi à leurs proches (parents, fratrie, etc.), à leurs amis, ainsi qu'à leurs agresseurs en les libérant de leurs préjugés ce qui leur permet de progresser vers davantage d'humanité. Voyons en quoi les travaux scientifiques consultés valident ces hypothèses.

Les statistiques sur les causes de décès souffrant d'une sous-déclaration des décès par suicide et d'un manque d'information sur les causes profondes du geste du désespéré, il est intéressant de se pencher sur les risques de tentative de suicide à partir d'enquêtes auprès de jeunes, suicidants ou non.

Les résultats d'enquêtes récentes montrent tout d'abord que **les risques de TS sont particulièrement importants durant la préadolescence, l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte**, c'est-à-dire les périodes où les épisodes dépressifs et suicidaires sont fréquents (voir tableau 1). On note par ailleurs que **6% des jeunes (15-19 ans) déclarent éprouver des attirances homosexuelles** (non forcément exclusives).

Tableau 1. Prévalence des tentatives de suicide et proportion de jeunes ayant des attirances homosexuelles, selon le sexe

étude	Taille de l'échantillon	âges concernés par l'estimation	Tentative de Suicide au cours de la vie	
			garçons	filles
INSERM 1993 (Choquet, Ledoux 1994)	12 391	11-19 ans	5,2%	7,7%
Baromètre Santé 97 (CFES 1997)	2 293	15-19 ans	3%	6%
			Attirances homosexuelles	
ACSJ 1994 (Lagrange <i>et al.</i> 1997)	6 182	15-18 ans	5,8%	6,4%

Le tableau 2 rassemble les principaux résultats concernant **les risques accrus de tentative de suicide chez les jeunes lesbigays**. Nous constatons que les filles homo/bi-sexuelles présentent un risque de tenter de se suicider 40% supérieur à celui des filles exclusivement hétérosexuelles (estimations ajustées) ; quant aux garçons homo/bi-sexuels leur risque est 4 à 7 fois plus grand que leurs camarades exclusivement hétérosexuels (pour les estimations ajustées). Ces écarts importants ne laissent aucun doute sur la réalité du phénomène et les variations entre les estimations tiennent pour une bonne part à des différences de définition (identité et/ou comportement sexuel) et de champ (gamme d'âges, un état ou une ville ou échantillon national). A noter que le rapport de risques **moins important chez les filles** n'a pas encore trouvé d'explication validée empiriquement : il peut s'agir du fait que le taux de TS est au départ plus élevé chez les filles que chez les garçons et donc que leur progression ne peut atteindre ensuite la même ampleur. Un facteur de confusion non identifié pourrait biaiser les estimations les concernant. Une dernière explication avancée est la temporalité différente d'affirmation de son orientation sexuelle (les filles la manifesteraient plus tard, différant alors les effets stressants induits).

Tableau 2. Prévalence des tentatives de suicide selon le sexe et l'orientation sexuelle (principales enquêtes sur échantillon probabiliste)

Auteurs de l'étude	taille de l'échantillon	âges	prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie				Odds Ratio prévalence TS lesbigay / hétéro *	
			Garçons Homo/bi	Garçons hétéro	Filles Homo/bi	Filles hétéro	Garçons	Filles
Bagley, Tremblay 1997 (Calgary)	750	18-27	6,1%	0,4%	—	—	14 non ajusté	nd
Cochran & Mays 2000 (USA)	3648	17-39	19,7%	3,6%	—	—	5,4	nd
Remafedi <i>et al.</i> 1998 (Minnesota)	611	12-19	28%	4%	21%	15%	7,1	1,4
Garofalo <i>et al.</i> 1999 (Massachusetts)	3365	14-19	nd	nd	nd	nd	3,7	1,4

(*) Lire : selon l'étude de Robert Garofalo, les garçons à orientation homo ou bisexuelle ont une prévalence de tentative de suicide 3,7 fois plus grande que les garçons hétérosexuels (les estimations sont ajustées sauf mention contraire).

nd : non disponible.

Ce tableau montre également **un manque flagrant de données concernant la France** et même l'Europe, bien qu'une étude de l'Université de Gand, auprès de jeunes de 15-25 ans des Flandres, ait été rendue publique lors du 7^{ème} Symposium européen sur le Suicide et les

comportements suicidaires (1998⁵³). Bien entendu, ces résultats d'enquêtes anglo-saxonnes sont à lire avec précaution car la situation des jeunes homosexuels et bisexuels est parfois dramatique dans certaines régions d'Amérique particulièrement homophobes.

Les auteurs de ces travaux insistent tous sur le fait que **l'homosexualité, en soi, ne constitue pas une cause directe à ces comportements**, mais « une orientation homosexuelle ou bisexuelle accroît ou ajoute des risques particuliers en regard des conduites suicidaires » (Dorais 2000:164). Les différentiels observés selon le sexe (cf. page précédente) ainsi que l'absence d'association entre orientation sexuelle et pathologies mentales les confortent dans cette opinion. L'hostilité exprimée par la famille proche, par le réseau amical, les pairs, le manque de soutien des intervenants scolaires et socioculturels ainsi que l'absence de modèle positif contribuent au sentiment d'isolement et une moindre estime de soi chez ces jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle. L'absence fréquente d'espace social accueillant ou bienveillant à leur égard (surtout pour les plus jeunes mineurs) risque de renforcer ce désarroi et cette désespérance.

L'aspect très normatif, en matière de comportement sexuel des jeunes, de notre culture et particulièrement de notre système éducatif est ici en cause. **Cela ne signifie pas que tous les jeunes homo/bisexuels vivent des situations dramatiques**, cependant nombre d'auteurs d'études sur ce sujet estiment que ces garçons et filles « survivent à la période adolescente » plutôt qu'ils ne s'y épanouissent. **Ce contexte difficile**, qui se trouve en lien avec l'**homophobie** traditionnellement présente dans notre société et à l'**hétérosexisme** (considérant comme acquis l'orientation hétérosexuelle des individus), **prévaut malheureusement dans le milieu scolaire, ou d'apprentissage, dans les familles et dans le milieu sportif**. Enfin, la lutte contre les stéréotypes profite toujours aux droits de tous et à l'épanouissement de chacun (nous avons notamment évoqué le cas de ces jeunes à orientation hétérosexuelle souffrant de l'homophobie pour cause d'imposition d'un label *gay* ou *lesbienne* par quelques pairs).

5.2 Des actions nécessaires

Nos hypothèses de départ se trouvant confirmées, il importe donc de chercher à mieux prévenir et à agir sur la détresse et la souffrance psychique de ces jeunes et à améliorer leur prise en charge en cas de TS pour en éviter la répétition.

Notre responsabilité est engagée et nous engage à promouvoir toutes formes d'action possibles. La stratégie que nous préconisons consiste à éduquer à la compréhension des autres et de soi-même, à la tolérance et au respect des différences. De tels dispositifs devraient inclure des actions contre l'homophobie dans la société en général. Et, dans ce champ d'action, bien des initiatives sont possibles. Il s'agira aussi de se donner les moyens de redonner confiance en soi et dans la société à ces jeunes qui ont fait une TS et de leur ouvrir un avenir aussi prometteur que pour les autres jeunes gens.

Faire connaître et reconnaître les souffrances des jeunes lesbigays

Une campagne d'information auprès du grand public est nécessaire même si elle impose d'utiliser des moyens adéquats de communication afin de ne pas risquer de favoriser, par contagion, le passage à l'acte mais bien plutôt de sensibiliser chacun à ces difficultés rencontrées par certains jeunes, qui peuvent être leurs voisins, des membres de leur famille, des camarades de classe..., et de

⁵³ "Anecdotal reports indicate a substantially increases risk of suicidal behaviour among homosexual adolescents. This study aims at the assessment of suicidal thoughts, impulses, and behaviour among homosexual adolescents by comparing them with heterosexual adolescents. This study is conducted by C. Van Heeringen in cooperation with the Dept of Sociology, University of Gent (Prof. Dr. J. Vincke)". Vincke J., Van Heeringen C. 1998 "Suicidal ideation and behaviour in homosexual young people: a comparative cross-sectional study", Abstract book, 7th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour.

façon à signifier aux lesbiennes qu'ils ne sont pas seuls et que l'on se préoccupe de leur bien-être. Un psychiatre nous parlait, par exemple, d'un adolescent ayant fait une tentative de suicide après avoir découvert l'homosexualité de son père. Le désarroi du jeune se trouvant dans ce cas doit aussi être pris en compte dans ces actions tout comme celui des familles.

L'information auprès des responsables administratifs, politiques, associatifs... est également très importante, tant ces problèmes sont souvent déniés car ne portant que sur une faible portion de la population et en ignorant que les familles, les proches des lesbiennes sont tout autant touchés, de même que les jeunes hétérosexuels pris pour des gays ou des lesbiennes. Deux faits nous paraissent alarmants à ce sujet.

Lors d'une réunion, le conseiller scientifique de l'ANAES, Jean-Louis Terra, a mis en doute les résultats des enquêtes épidémiologiques que nous lui citions. Les objections qu'il émettait montraient qu'il n'avait pas eu connaissance de ces travaux. S'il est sain de recevoir d'un œil critique des chiffres parfois produits pour frapper l'opinion, cette attitude devient étonnante lorsque ces nombres figurent dans des articles publiés par des revues scientifiques internationales dont les comités de lecture ont approuvé la diffusion. Remarquons, par exemple, qu'aucun de nos interlocuteurs n'a suspecté la validité des propos d'un chercheur affirmant que, pour un jeune, le fait de se sentir peu valorisé par ses parents double la probabilité de penser au suicide (cf. supra, p.5). Est-ce donc si gênant de dire la même chose en parlant d'orientation sexuelle ?

Bien que nous ayons fait part à la Direction Générale de la Santé (DGS), dans notre rapport d'étape du mois de mai et lors de notre réunion du 22 juin 2001, de nos premières observations sur les risques accrus de suicide chez les jeunes lesbiennes, rien ne figure à ce sujet dans la circulaire n°2001/318 du 5 juillet 2001 « relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2001 », signée par Bernard Kouchner, Ministre délégué à la santé. Il reste donc beaucoup à faire pour que les décideurs prennent en compte ce problème dans leur approche de la santé publique. Il importe que, dans **la politique de santé publique française**, soit réaffirmé d'une part le lien entre le geste suicidaire et le contexte socioéconomique, et soit reconnue, d'autre part, l'orientation sexuelle non conventionnelle comme un des facteurs de risque pour la TS et le suicide.

La lutte contre les risques de suicide chez les jeunes ne doit donc pas rester **cantonnée dans le domaine de la santé**. Des études ont montré que les pathologies mentales lourdes sont très rares parmi les jeunes suicidants ou suicidés. Par contre, les éléments de stress et de mal-être social sont particulièrement importants tout comme les éléments de contexte (l'homophobie par exemple). Les programmes de lutte contre le suicide des jeunes devraient donc impliquer largement les acteurs politiques et sociaux au-delà du cercle des médecins et spécialistes de la santé. Une **coordination interministérielle** est indispensable qui réunirait des représentants des ministères de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports, des Affaires Sociales et de la Santé, de la Justice. Il conviendrait qu'une instance rassemblant des scientifiques, des associatifs et des représentants de l'administration soit mise en place (sans doute en lien avec le **Haut Comité de la Santé Publique**, le **CFES** et l'**UNPS**) qui serait chargée du suivi et de l'évaluation des mesures adoptées, ainsi que d'organiser le débat entre les partenaires sociaux et de valider de nouvelles actions.

La prévention par la sensibilisation auprès d'un large public

Un travail d'information et de **sensibilisation auprès des familles** serait nécessaire pour améliorer l'accueil et le soutien du jeune au sein de ses proches. Cela renforcerait les liens entre enfant et parents et préviendrait aussi les phénomènes d'errance et de fugue (Proctor & Groze 1994). Des associations spécialisées dans ce domaine existent en France (comme l'association *Contact*) et font déjà un travail efficace qui demanderait à être encouragé et étendu. Au-delà du cercle familial, il conviendrait aussi de toucher les autres secteurs de la société.

La prévention contre le suicide des jeunes devrait donc prendre en considération ce groupe particulièrement « à risque » (les jeunes connaissant une attirance homo ou bi-sexuelle) et toucher **le monde professionnel en contact avec les jeunes**. Une telle action concerne aussi bien les professionnels de la santé que les éducateurs et travailleurs sociaux (ASE...), les associations de parents d'élèves, les organismes d'éducation à la santé (CRISP, CFES...), les associations familiales (Phare...), les entraîneurs et professionnels du sport, les animateurs socioculturels, les syndicats des personnels éducatifs et de santé (qui peuvent mettre en place réunions d'information et formations *ad oc*), etc. Pour ces actions d'information, il serait intéressant de s'inspirer du programme de sensibilisation créé par le ministère de la Santé et des Services Sociaux québécois (Dorais 2001:101).

Il convient d'**informer** et de **sensibiliser** les professionnels de la communication sur **les risques de souffrance psychique** et de gestes désespérés chez les jeunes Lesbigays. Les **médias** devraient être sollicités pour diffuser plus largement les résultats de ces travaux scientifiques auprès de la population générale. Le rôle de ces professionnels est important pour **lutter contre les stéréotypes** et les images négatives qui circulent dans les médias (TV, cinéma, journaux, magazines...). Ils peuvent contribuer fortement à combattre les approches en termes de caractère « anormal » ou « pathologique » attribué encore aux orientations (ou comportements) sexuel/les non conventionnel/les. Malgré l'élargissement du rôle du CSA, il reste encore beaucoup à faire. Des **campagnes médiatiques** pourraient être menées pour favoriser l'acceptation des amours homosexuelles et des couples homosexuels, ce qui reconforterait les jeunes éprouvant de tels sentiments, par exemple le Ministère allemand de la santé a conduit une campagne publicitaire sur le thème « l'amour mérite le respect ». Il est important également de proposer aux jeunes des **images positives** et épanouies de personnes vivant une orientation sexuelle « différente ».

Les **éditeurs pour la jeunesse** (et les bibliothécaires) devraient aussi recevoir incitations et soutiens pour contribuer à ce changement de mentalité par la publication et la diffusion d'ouvrages abordant les orientations sexuelles non conventionnelles au moment de l'adolescence et les risques d'exclusion ou d'ostracisme qui leur sont liées et donc de désespérance chez ces jeunes. Rares sont les livres parus en littérature jeunesse abordant ces questions délicates (homosexualité, adolescence et mal-être). Aujourd'hui cependant, des éditeurs prennent ce risque dans le domaine du roman comme, par exemple, *Le Cahier Rouge* (Mazard 2000) et *Frère* (Van Lieshout, 2001, voir annexe 5) et dans celui du documentaire comme ceux parus à La Martinère (Vaisman 1998, 2000) mais ils restent exceptionnels⁵⁴.

Il nous semble que les éditeurs devraient être encouragés dans cette voie via le CNDP, qui pourrait recommander certains ouvrages, ou d'autres instances nationales ou régionales favorisant la diffusion de tels ouvrages. Ces ouvrages, largement disponibles dans les bibliothèques municipales spécialisées Jeunesse et les CDI des collèges et lycées, fourniraient des supports aux enseignants, bibliothécaires, documentalistes... pour aborder la question de l'identité sexuelle (Proctor et Groze 1994). Les pédopsychiatres de l'hôpital Ballanger ont insisté sur l'importance, pour leur action thérapeutique et la prévention, de la mise à disposition de tels livres, bandes dessinées ou *mangas* (pour les faibles lecteurs). En effet, aborder directement le sujet de l'orientation sexuelle paraît une démarche très intrusive à un(e) préadolescent(e) ou un(e) adolescent(e). Par contre, ce sujet peut être approché par le biais d'un ouvrage (proposé ou choisi spontanément) disponible dans le service de pédopsychiatrie ou de pédiatrie.

⁵⁴ Un roman comme *Confiance, encore mieux et autocuseur* (Vermot 1998) aborde le sujet du suicide chez l'adolescent mais sans rapport avec l'orientation sexuelle. D'autres traitent de l'homosexualité adolescente sans parler de suicide comme *Billy Elliot* (Burgess 2001) ou *Un papillon dans la peau* (Lou 2000). Par contre, il se trouve davantage de romans en collection « adulte », traitant de l'homosexualité adolescente, du mal-être ou du suicide, comme : *Les Dieux obscurs* (Drevet 1994), *La Douceur* (Honoré 1999), *Papa a tort* (Huet 1999), *La psychose du rongeur* (Holliday 1999)...

Des actions spécifiques en milieu scolaire

Un/e enseignant/e, un/e bibliothécaire, un/e principal/e de collège, un/e parent d'élève..., doivent se rendre compte que, **dans une classe d'une trentaine d'élèves, près de deux d'entre eux (en moyenne) ont déjà commis une tentative de suicide (ou vont le faire durant leur scolarité)**. Près de la moitié de ceux-ci récidiveront (surtout les filles) et les risques de décès seront alors particulièrement élevés (surtout pour les garçons). Au sein de cette classe, **près de deux élèves, en moyenne, éprouvent des attirances homo ou bisexuelles**. Bien entendu ceux-ci ne sont pas forcément ceux-là. Heureusement, tous les jeunes homo/bisexuels ne se suicident pas mais, comme nous l'avons vu, leur risque de commettre une tentative est bien plus élevé que celui de leurs camarades hétérosexuels et l'école, le collège, le lycée... sont des lieux de souffrance parfois quotidienne pour eux et ils y passent également beaucoup de temps !

De tels dispositifs luttant contre l'homophobie, le sexisme et l'hétérosexisme dans les établissements scolaires et dans les ouvrages d'éducation sexuelle profiteraient à tous les jeunes, quelle que soit leur orientation sexuelle, car si l'homophobie recule, la crainte d'être pris pour cible recule aussi **chez tous les jeunes**.

Une telle action nous paraît donc urgente dans la politique de prévention du suicide en direction des collégiens, apprentis, élèves de CAP, BEP..., lycéens, étudiants. Au sein de ces établissements, une **sensibilisation** des personnels de l'Education Nationale aux effets destructeurs de l'homophobie, qui pourrait compléter une **formation** sur les risques de suicide chez les préadolescents et adolescents (et les possibilités de diagnostics précoces), s'appuierait notamment sur les résultats des études évoquées précédemment. Une formation des formateurs en **IUFM** serait alors un préalable important et des moyens sont à mobiliser pour cela, notamment par des collaborations avec les associations en rapport avec le thème homo-bisexualité et suicide. Les sujets à aborder sont vastes et le programme aura à intégrer bien des points importants développés dans ce rapport. Par exemple, il faut considérer que bien des jeunes proférant des injures homophobes ou des propos stigmatisants minimisent considérablement la portée de leurs paroles, voire même nient tout impact sous le prétexte qu'elles ne s'adressent « qu'à des hétérosexuels ». Il conviendrait de ne pas oublier la sensibilisation des **personnels non enseignants** des collèges, lycées, etc. qui côtoient chaque jour ces jeunes et sont particulièrement bien placés pour être au courant de leurs variations d'humeur, de performances scolaires, de leurs absences...

« Il faut avant toute chose s'attaquer à l'indifférence, à la négation (...) qui prévalent lorsqu'il est question de vécu homosexuel ou bisexuel chez les jeunes. (...) S'ouvrir à la diversité des orientations sexuelles n'équivaut pas à encourager l'homosexualité — comme certains le craignent — mais à reconnaître tout simplement la réalité » (Dorais 2000 :167). Cette information touchant les personnels travaillant en milieu scolaire permettrait d'améliorer le dépistage précoce de la souffrance psychologique et d'apporter une aide et un soutien aux jeunes, notamment les préadolescents (une étude de Houston auprès de 200 personnes homo/bi-sexuelles indique un âge moyen à la première TS de 12 ans, Hassan 1996). Cela montre, de plus, **l'importance de pourvoir les postes sociomédicaux** dans les collèges et les lycées : beaucoup d'entre eux sont non pourvus ou pourvus à temps partiel, le nombre de **psychologues** scolaires (en équivalent temps plein) par établissement est effroyablement bas et ces personnels ne sont pas spécifiquement formés pour faire face à ce phénomène (l'embauche de psychologues praticiens est inévitable). Les pédopsychiatres de secteur nous disaient l'importance, pour eux de pouvoir disposer d'un réseau d'infirmières scolaires (les psychologues sont trop rares) pour leur signaler les cas de souffrance ou de prises de risque. Elles sont « en première ligne » pour le diagnostic et la prévention mais, malheureusement elles ne sont pas assez nombreuses (rarement un équivalent temps plein par établissement).

L'**Education Nationale** devra émettre également des directives précises. Nous avons souligné, pour les jeunes (garçons et filles) proférant des propos ou menaces homophobes, le silence

et la passivité des personnels éducatifs sont perçus comme une autorisation implicite de tels comportements. Des messages clairs de la part des autorités ainsi que des actions structurées doivent être affichées de façon à ce que l'attitude de l'Ecole vis-à-vis de ces discriminations et brimades soit identifiée sans ambiguïté. Une telle démarche peut s'articuler avec d'autres initiatives visant au mieux-être des jeunes. Ainsi, les « programmes de formation destinés à améliorer l'image de soi » (Jackson 1994:142) peuvent être des lieux propices à l'éducation au respect de l'autre dans sa différence et au combat des stéréotypes. De plus, ces formations « servent aussi à signaler la volonté résolue de l'école de tenir compte du bien-être social des élèves » (Jackson 1994:142) et aident à persuader les jeunes les plus désemparés que des adultes peuvent les aider. Il est très important de briser leur isolement.

Les présupposés hétérosexistes, les stéréotypes sont encore fortement présents dans les matières dispensées telles que le Français, la Biologie, l'Histoire. Il serait important de les débusquer et d'en tenir compte pour les nouveaux **ouvrages scolaires** et de sensibiliser les enseignants sur ce sujet. Cela renvoie à une meilleure adaptation de l'univers scolaire aux jeunes homo/bi-sexuels.

Ainsi, dans le domaine de l'**Education Sexuelle**, une modification du contenu des programmes est indispensable dans les écoles et les collèges et nous ne pouvons que nous réjouir de la circulaire de Madame Ségolène Royale (2000), alors Ministre délégué des Ecoles et de l'Enseignement secondaire, sur la nécessaire prise en compte dans les cours d'éducation sexuelle des différentes formes de la sexualité humaine. La mallette pédagogique distribuée, à son initiative, dans les établissements secondaires inclut une fiche très utile sur l'homophobie. Cependant son utilisation repose sur le volontariat... L'information/discussion telle que nous la souhaitons porterait, non seulement sur les préservatifs et autres moyens contraceptifs, mais aborderait aussi une réflexion sur la féminité, la masculinité, le respect de l'autre dans sa particularité sexuelle. Tous les gais ne sont pas des « folles » et toutes les lesbiennes ne sont pas des « garçons manqués ». La spécificité d'un individu n'est pas réduite à son sexe ni à un comportement sexuel. Les bénéfices, d'une telle modification du discours dominant, toucheront toute la collectivité car, comme nous l'avons vu, les hétérosexuels souffrent également de l'intolérance, des rôles assignés et des mutilations qu'ils doivent opérer sur eux-mêmes pour acquérir ou conquérir une identité et un statut valorisés.

Signalons qu'un documentaire américain « *It's elementary*, parler de l'homosexualité à l'école »⁵⁵ de Debra Chasnoff (oscar du meilleur documentaire 1991) fournit un bon exemple de vidéo pour combattre les préjugés homophobes parmi les 7-14 ans, de même qu'une vidéo italienne présentée récemment au festival français du film gay.

Pour aller renforcer les moyens dont ils peuvent avoir besoin, les établissements scolaires devraient établir **des liens avec les associations homosexuelles** impliquées dans la réflexion sur le suicide des jeunes (cf. infra) de façon à s'assurer que le jeune en difficulté pourra être dirigé vers la forme d'aide la plus appropriée. Ces contacts les aideraient également à mieux définir le dispositif de diagnostic et de soutien que l'école peut mettre en place.

Une amélioration de la prise en charge des suicidants

Les pouvoirs publics se sont particulièrement préoccupés de la prise en charge hospitalière des adolescents après une TS depuis le début des années 90 (ANAES 1998, Fondation de France 2000). Des progrès pourraient être encore accomplis dans le domaine du traitement médical de la tentative de suicide en prenant en compte le facteur de l'orientation sexuelle. Les prises en charge favorisant l'hospitalisation du jeune pendant une semaine vont dans le bon sens nous semble-t-il

⁵⁵ Une VO sous titrée en français a été réalisée par des Suisses (<http://homoeu.free.fr/elementa.html>).

Homosexualités et Socialisme est membre du Conseil de la Lesbian & Gay Pride et du Comité Économique Social et Culturel du Parti socialiste
Association loi de 1901, ☎ BP 414, 75527 PARIS CEDEX 11, ☎ +33 (0)1 43 70 89 27

CCP 1.834.20A Paris

email : hes@hes-france.org ; toile : <http://www.hes-france.org/>

puisque cela permet d'améliorer le diagnostique, mettre en route une thérapie (en dehors des soins médicaux de première urgence) et de préparer le suivi après la sortie de l'hôpital. Cela nécessiterait un suivi sociomédical du jeune après son passage à l'hôpital ou chez le médecin particulièrement attentif à revaloriser l'image qu'il a de lui-même et favoriser l'acceptation de son orientation sexuelle par lui-même, par son entourage familial et sans doute scolaire (ou professionnel pour les plus âgés).

Une information sur cet aspect du suicide des jeunes serait à fournir aux personnels médicaux et hospitaliers directement confrontés aux tentatives de suicide des jeunes (notamment les unités hospitalières spécialisées comme l'Accueil pour suicidants). On pourrait particulièrement insister sur l'identité sexuelle comme facteur de détresse, de conflit intérieur ou de conflit avec les proches, sur les risques d'un présumé hétérosexiste et sur l'isolement social dont souffre fréquemment ces jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle. L'équipe de pédopsychiatres que nous avons rencontrée s'est montrée extrêmement favorable à disposer de davantage d'informations sur ce sujet.

Les colloques, séminaires, et publications d'articles dans les revues spécialisées sont de bons moyens pour répondre à cette demande, de même certainement que de s'appuyer sur les instances régionales veillant à l'application du programme national et des programmes régionaux (ORS, DRASS). Cet effort d'information pourrait se faire aussi en direction des personnels impliqués dans les dispositifs consacrés aux jeunes souffrant de dépendance.

Développer la recherche dans ce domaine

De nombreux auteurs ont déploré l'absence d'étude en France sur ce sujet particulier. Si des enquêtes importantes auprès des populations jeunes ont abordé la tentative de suicide, elles ne l'ont pas traité en rapport avec une orientation sexuelle non conventionnelle (ou, compte tenu du jeune âge des sujets, une attraction sexuelle, une sensibilité sexuelle). Il ne s'agit pas seulement de parfaire la connaissance épidémiologique mais de mieux saisir les facteurs favorisant le passage à l'acte (*stressors*), les facteurs sociaux protecteurs en comparant une population de jeunes suicidants et suicidaires à une population témoin.

Pour ce faire, deux voies doivent être suivies. Tout d'abord, on peut réaliser des **analyses secondaires** de données déjà collectées mais se prêtant, *a priori*, à ce type d'analyse avec les limites inhérentes à ce genre de démarche (la liste des variables exploitable et limitée et le dispositif ne permet pas forcément de tester l'hypothèse choisie) mais avec les avantages (les résultats sont rapides à obtenir).

En second lieu, on peut conduire **de nouvelles enquêtes** auprès de jeunes permettant d'accroître la connaissance sur **l'ampleur du phénomène, sur les difficultés et les souffrances des jeunes Lesbigs** (et de leurs proches) **et des jeunes pris pour tels**, sur leurs stratégies pour faire face à ces problèmes et leurs comportements « à risque », sur leur perception et leur opinion selon leur degré de prise de conscience de leur « différence » et de leur contexte, **d'évaluer l'efficacité de mesures de prévention** contre l'homophobie. Outre le volet épidémiologique, elles aborderaient le contexte familial, économique et culturel du jeune. On peut aussi en envisager auprès de personnels travaillant auprès des jeunes, auprès de décideurs... pour apprécier leur niveau de connaissances et leur perception du phénomène, les difficultés perçues...

Ces études devront donner toute **garantie de rigueur**, avec la mise au point d'une problématique, et notamment un questionnement et un plan de sondage spécifiques à l'objet et aux hypothèses à tester. Les moyens tant humains que techniques existent en France, il ne manque que l'appui ou la volonté politique au niveau des différents ministères (Santé Publique, Recherche...), car des moyens financiers sont certainement mobilisables auprès des mutuelles, les laboratoires pharmaceutiques, l'institut de recherche médicale, etc. Des procédures d'appel d'offres peuvent

alors mobiliser des équipes de chercheurs. Ces travaux scientifiques gagneraient beaucoup à être cohérents entre eux du moins de vue tant des méthodes que des définitions, catégories, etc.

Ces travaux scientifiques devraient rassembler des équipes **pluridisciplinaires** de façon à éviter la « médicalisation » de ces problèmes qui ont une dimension sociale importante (Meyer & Schwartz 2000). Enfin, pour favoriser la cohérence des recherches et leur articulation entre elles, et compte tenu de la difficulté à conduire des enquêtes statistiques valables sur des sous-populations difficile à identifier et/ou atteindre, il serait opportun de constituer **un groupe de travail** qui, à l'instar de ce qui s'est passé dans d'autres pays (Sell & Becker 2001), réfléchirait aux difficultés de définition, de catégorisation, de questionnement, de collecte et d'analyse des données et énoncerait des recommandations à l'intention des équipes de recherche. Il serait sans doute judicieux d'adresser une demande au Conseil National de l'Information Statistique (CNIS) afin qu'il mette sur pied un groupe de travail temporaire sur les **difficultés méthodologiques** liées à cette démarche.

Mobiliser et soutenir les associations

Les associations travaillant auprès des jeunes Lesbigays sont maintenant très sensibles à la question du suicide des jeunes. Cela signifie que tout un réseau est prêt à se mobiliser pour soutenir des actions de prévention, et qu'il commence déjà à se mobiliser. Ainsi, une quinzaine d'associations confrontées aux difficultés et au mal de vivre des jeunes homosexuels/les ont entamé une réflexion portant notamment sur le suicide des jeunes, ce qui a donné lieu à un colloque « Jeunes & Homosexualité » en 1999 et à un projet d'action de prévention du suicide. Le dossier, consultable en ligne au *Centre Gai et Lesbien* (CGL), réunit des éléments d'analyse et des synthèses de travaux qui soulignent l'importance du phénomène parmi les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle, s'appuyant notamment sur les résultats d'études nord-américaines. Cette démarche s'inscrit également dans le cadre du projet européen « Adolescence, Homosexualité et Violence » (projet intégré à l'initiative de la communauté européenne DAPHNE). Une campagne d'entretiens, sur le thème du suicide et de l'état dépressif parmi les jeunes, devraient être conduite auprès des personnes ayant recours à ces associations et même plus largement si cela est possible.

Les situations de conflit ou de rejet du jeune homo/bi-sexuel par sa famille, conduisent on le sait à des évictions ou des fugues du domicile familial, augmentant ainsi la solitude et la détresse de l'adolescent ou du jeune adulte. Des comportements à risque, et notamment la tentative de suicide, sont alors davantage susceptibles de se mettre en place. H&S réclame depuis plus d'un an l'aide et le soutien de l'Etat et des collectivités territoriales pour la création d'appartements et de structures d'accueil à destination de ces personnes qui se sentent souvent en danger ou menacées dans les hébergements d'urgence comme nous l'avons vu.

Par ailleurs, la propension des jeunes homo/bi-sexuels à avoir recours à des **lignes d'écoute gratuite** ou autres numéros de téléphone qui leur sont indirectement destinés n'est peut-être pas, dans leur cas, aussi forte qu'on peut le penser⁵⁶. Cela nécessiterait sans doute de travailler la publicité et la présentation de ces lignes d'appel, et d'accroître leurs moyens financiers et humains, de façon à ce que les jeunes s'y sentent davantage en « sécurité » en les appelant car rassurés qu'il n'y aura pas de jugement *a priori* à leur encontre ni de méconnaissance de leurs souffrances. Il conviendrait aussi de bien prendre en compte le fait que les jeunes éprouvant une attirance homosexuelle ne se reconnaissent pas tous dans une identité homosexuelle.

Par ailleurs, il conviendrait d'encourager la création ou la survie d'associations d'aide et de soutien pour ces jeunes, ainsi que de leur donner l'occasion d'exprimer leur point de vue dans les débats au sujet de décisions qui concernent les jeunes, par exemple en les consultant dans le cadre de la vie scolaire ou étudiante. En s'appuyant sur les associations déjà existantes (*Contact*,

⁵⁶ Cf. Bagley & Ramsey 1997:225.

Mouvement d’Affirmation des jeunes Gais, SOS Homophobie, Ligne Azur...), il serait souhaitable de promouvoir la création d’actions s’inspirant de celles menées par les mouvements anglo-saxons que nous présentons en annexe.

Au-delà des associations homosexuelles ou bisexuelles et en lien avec elles, d’autres associations animées par des adultes quelle que soit leur orientation sexuelle peuvent être mobilisées ou créées. On peut citer des exemples comme la coalition « pour des écoles sans danger pour nos enfants » (*Safe Schools for our Children*) créée à Seattle (Safe Schools Coalition 1999) œuvre pour rendre l’univers scolaire et étudiant sans risque de violence ni de harcèlement pour les enfants et les jeunes, quelle que soit leur identité de genre ou leur orientation sexuelle (voir Annexe 2). Il est possible également de s’inspirer de l’association *Project-10*, créée à Los Angeles, qui cherche à prévenir l’exclusion des adolescents gais et lesbiennes des établissements scolaires et qui lutte contre les risques de suicide parmi eux (voir Annexe 3). Certaines de ces associations défendent et protègent aussi les enfants de couples gais. On constate donc que ces actions dirigées vers les jeunes et prenant en compte l’homophobie dépasse le simple cas des jeunes lesbiens.

5.3 Mot final

Il est donc **urgent** d’assurer un droit effectif à la différence aux préadolescents et aux adolescents dans la sphère privée de la sexualité. Durant cette période de la vie où ils forment leur être profond, découvrent leur(s) sensibilité(s) sexuelle(s) et négocient leur identité sexuelle, ils ne doivent plus craindre que leurs particularités soient cause de stigmatisation, de rejet ou d’agression. Il convient de leur aménager des espaces où ils pourront se socialiser et épanouir leurs potentialités sans se mettre en danger de subir une forme de violence physique ou symbolique pouvant les conduire jusqu’à la tentative de suicide. Alors nous pourrions passer « du droit à la différence au droit à l’indifférence » (Badinter 1993).

De telles actions donneraient aux jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle de meilleures chances de surmonter leurs difficultés et de croire à la vie, elles apporteraient beaucoup aussi aux enfants de couples homosexuels ou de parent bisexuel, elles conforteraient et rassureraient aussi tous les proches des jeunes lesbiens (parents, frères, sœurs, amis...).

Plusieurs pays occidentaux agissent déjà dans ce domaine. Il nous faut convaincre les acteurs politiques de s’engager dans cette voix et d’impulser des mesures et dispositifs qui contribueraient, en s’attaquant à ces causes de souffrance et en les comprenant mieux, à diminuer la prévalence des TS et des décès par suicide chez les jeunes.

Références bibliographiques

- Action Sociale 2001 « Jeunes en difficulté : Une efficace prévention du suicide grâce à la collaboration des services », *Le Journal de l'Action Sociale*, n°53, p.14-15.
- Allen D.M. 1994 « HIV Infection Among Homeless Adults and Runaway Youth », *AIDS*, 8:1593-1598.
- Amnesty International 1998 *Briser le silence. Violations des droits de l'Homme liées à l'orientation sexuelle*, groupe Homosexualités & Droits de l'Homme, Paris : Amnesty International section française.
- ANAES 1998 *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*, Texte court, Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- ANAES 2000 *Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé – Fédération Française de Psychiatrie.
- Anderson Dennis 1995 « Lesbian and Gay Adolescents, Social and Developmental Considerations », in G. Unks (ed.) *The Gay Teen*, New York : Routledge, p.17-28.
- Anderson J.E., Freese T.E., Pennbridge J.N. 1994 « Sexual Risk Behavior and Condom Use Among Street Youth in Hollywood », *Family Planning Perspective*, 26:22-26.
- Ansart Pierre 1999 « Suicide », in Akoun et Ansart (eds.) *Dictionnaire de Sociologie*, Paris : Le Robert-Seuil, p.512-513.
- Archambault Paul 1998 « Etats dépressifs et suicidaires pendant la jeunesse. Résultats d'une enquête sociodémographique chez les 25-34 ans », *Population*, (3):477-516.
- Askévis Michel, Choquet Marie 2000 « Dépression, fugue et troubles associés », *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 48:188-193.
- Assailly Jean-Pascal 2001 *La mortalité des jeunes*, collection « Que sais-je ? », Paris : Presses Universitaires de France.
- Badeyan Gérard, Parayre Claudine 2001 « Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique », *Etudes et Résultats*, n°109.
- Badinter Elisabeth 1992 (1995) *XY De l'identité masculine*, Paris : Editions Odile Jacob, réédité dans la collection Livre de Poche.
- Badinter Elisabeth 1993 « Du droit à la différence au droit à l'indifférence », *Humæurs*, n°, p.5-7.
- Bagley Christopher, Ramsay Richard (eds.) 1997 *Suicidal Behaviour in Adolescents and Adults. Research, Taxonomy, and Prevention*, Aldershot : Ashgate.
- Bagley Christopher, Ramsay Richard 1997 "Preventing suicide and suicidal behaviours", in Bagley & Ramsey (eds.), p.219-228.
- Bagley Christopher, Tremblay Pierre 1997 "Suicidality problems of gay and bisexual males : Evidence from a random community survey of 750 men aged 18 to 27", in Bagley & Ramsay (eds.), p.177-195.
- Bariaud F. et Rodriguez-Tomé H. 1990 « La conscience de grandir », in Bolognini et al. (eds.), p.57-72.
- Baudelot Christian, Estabiet Roger 1990 *Durkheim et le suicide*, collection « Philosophies », Paris : Presses Universitaires de France.
- Bell Alan Paul, Weinberg Martin S. 1978 (1980) *Homosexualités, Un rapport officiel sur les comportements homosexuels masculins et féminins par l'institut de recherche sexologique fondé par A. Kinsey*, Paris : Albin Michel.
- Binson Diane, Michaels Stuart, Stall Ron, Coates Thomas, Gagnon John, Catania Joseph 1995 « Prevalence and Social Distribution of Men Who Have Sex with Men: United States and Its Urban Centers », *The Journal of Sex Research*, 32(3):245-254.
- Blake Susan M., Ledsy Rebecca, Lehman Thomas, Goodenow Carol, Sawyer Richard, Hack Tim 2001 "Preventing Sexual Risk Behaviors Among Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents: the Benefits of Gay-Sensitive HIV Instructions in Schools", *American Journal of Public Health*, 91(6):940-946.
- Bolognini M., Plancherel B., Núñez R., Bettschart W. (eds.) 1994 *Préadolescence. Théorie, recherche et clinique*, Paris : ESF éditeur.
- Borillo Daniel 2000 *L'homophobie*, collection « Que sais-je ? », Paris : Presses Universitaires de France.
- Bozon Michel 1999 « Les significations sociales des actes sexuels », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°128, p.3-23.
- Bozon Michel, Villeneuve-Gokalp Catherine 1994 « Les enjeux des relations entre générations à la fin de l'adolescence », *Population*, 49(6) :1527-1556.

- Burgess Melvin 2001 *Billy Elliot*, d'après le scénario de Lee Hall, collection « Folio Junior », Paris : Gallimard Jeunesse.
- Caroli François, Guedj Marie-Jeanne 1999 *Le suicide*, collection « Dominos », Paris : Flammarion.
- Chauvel Louis 1997 « L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge ; effet de génération ou recomposition du cycle de vie ? », *Revue Française de Sociologie*, 38:681-734.
- Choquet Marie, Ledoux Sophie 1994 *Adolescents, Enquête nationale*, Paris : Les Editions de l'INSERM.
- Choquet Marie, Menke Helda 1989 « Suicidal thoughts during early adolescence : prevalence, associated troubles and help-seeking behavior », *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 81 :170-177.
- Clavette Huguette 1988 « Famille et Homosexualités », in Richard et Seguin (eds.), p.31-41.
- Cochand P., Bovet P. 1998 "HIV infection and suicide risk: an epidemiological inquiry among male homosexuals in Switzerland", *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 33:230-234.
- Cochran Susan D., Mays Vickie M. 2000a "Relation between Psychiatric Syndromes and Behaviorally Defined Sexual Orientation in a Sample of the US Population", *American Journal of Epidemiology*, 151(5):516-523.
- Cochran Susan D., Mays Vickie M. 2000b "Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders Among Men Reporting Same-Sex Sexual Partners: Results From NHANES III", *American Journal of Public Health*, 90(4):573-578.
- Conger Rand D., Jewsbury-Conger Katherine, Elder Glen H. 1997 "Family Economic Hardship and Adolescent Adjustment: Mediating and Moderating Processes", in Grey Duncan and Jeanne Brooks-Gunn (Eds.) *Consequences of Growing Up Poor*, New York: Russell Sage Foundation, p.288-310.
- Cormier Hector J. 1988 « Communautés et gestion sociale des homosexualités », in Richard et Seguin (eds.), p.73-79.
- Cornell R.W. 1992 "A Very Straight Gay: Masculinity, Homosexual Experience, and the Dynamic of Genre", *American Sociological Review*, 57:735-751.
- Corraze Jacques 1985 *L'homosexualité*, collection « Que sais-je ? », Paris : Presses Universitaires de France.
- Darrot Jean 2001 « Adolescence et Société : une crise peut en cacher une autre », *Rhizome*, n°4, p.6-7.
- Debout Michel 1993 *Le suicide*, Rapport au Conseil Economique et Social, Paris : Journal Officiel.
- Debout Michel 1996 *Le suicide*, collection « Vivre et comprendre », Paris : Editions Ellipses.
- Delattre T. 1994 « Fugue et recherche d'objets narcissiques », *Sauvegarde de l'Enfance*, 49(2):103-112.
- Diaz Rafael M., Ayala George, Bein Edward, Henne Jeff, Marin Barbara V. 2001 "The Impact of Homophobia, Poverty, and Racism on the Mental Health of Gay and Bisexual Latino Men: Findings From 3 US Cities", *American Journal of Public Health*, 91(6):927-932.
- Dolto Françoise 1988 *La cause des adolescents*, Paris : Editions Robert Laffont.
- Dorais Michel 2000 « Préfère-t-on encore les voir morts ? Le suicide chez les jeunes qui vivent l'homosexualité », in Welzer-Lang (ed.) *Nouvelles approches des hommes et du masculin*, Toulouse : Presses Universitaires du Mirail, p.163-169.
- Dorais Michel 2001 *Mort ou Fif. La face cachée du suicide chez les garçons*, Montréal : VLB Editeur.
- Drevet Patrick 1994 *Dieux obscurs*, Paris : Belfond.
- Dumas Didier 1990 *La sexualité masculine*, Paris : Albin Michel.
- Duncan Neil 1999 *Sexual Bullying. Gender Conflict and Pupil Culture in Secondary Schools*, New York : Routledge.
- Embersin Catherine, Grémy Isabelle 2000 *Conduites à risque chez les jeunes de 12 à 19 ans en Ile-de-France*, Analyse régionale du « Baromètre CFES Santé Jeunes 97/98 », Paris : Observatoire Régionale de la Santé Ile de France/CFES.
- Fairweather R.G.L. 1988 « Homosexualités et droits de la personne », in Richard et Seguin (eds.) *Homosexualités et tolérance sociale*, Moncton : Editions Arcadie, p.17-22.
- Faulkner Anne H., Cranston Kevin 1998 "Correlates of Same-Sex sexual Behavior in a Random Sample of Massachusetts High School Students", *American Journal of Public Health*, 88(2):262-266.
- Fergusson David M., Horwood John, Beautrais Annette L. 1999 "Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People?", *Arch. Gen. Psychiatry*, 56:876-880.
- Ferrer Catalina, Rainville Simone 1988 « Ecole et gestion sociale des homosexualités », in Richard et Seguin (eds.), p.43-47.
- Firdion Jean-Marie 1999 *L'étude des jeunes sans domicile dans les pays occidentaux : Etat des lieux*, collection « Dossiers et Recherches », n°81, Paris : INED.

- Fize Michel 2001 « L'homosexualité chez les 11-15 ans. Regard du sociologue », *Adolescence*, 19(1):313-318.
- FNORS 1998 *Prévention des suicides et tentatives de suicide. Etat des lieux 1995-1997*, Bilans régionaux réalisés par la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé, Paris : FNORS.
- Fondation de France 2000 « La prise en charge hospitalière des jeunes suicidants », *Le Journal des Générosités*, n°110, p.27-28.
- Foucault Michel 1976 *Histoire de la sexualité*, tome 1, *La volonté de savoir*, Paris : Gallimard.
- Gagnon John H., Parker Richard G. 1995 "Conceiving Sexuality", in Parker & Gagnon (eds.), p.3-16.
- Garofalo Robert, Wolf Cameron, Wissow Lawrence, Woods Elizabeth, Goodman Elizabeth 1999 "Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts Among a Representative Sample of Youth", *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 153:487-493.
- Gasquet Isabelle, Choquet Marie 1995 « Spécificité du comportement suicidaire des garçons à l'adolescence, implications thérapeutiques », in Braconnier, Chiland, Choquet & Pomarède (eds.) *Adolescentes, adolescents. Psychopathologie différentielle*, Paris : Bayard Editions, p.81-91.
- Gilman Stephen E., Cochran Susan, Mays Vickie, Hughes Michael, Ostrow David, Kessler Ronald 2001 "Risk of Psychiatric Disorders Among Individuals Reporting Same-Sex Sexual Partners in the National Comorbidity Survey", *American Journal of Public Health*, 91(6):933-939.
- Goffman Erving 1975 *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris : Les Editions de Minuit.
- Goldberg F. 1994 « L'adolescence aux semelles de vent », *Sauvegarde de l'Enfance*, 49(2):90-96.
- Gordy-Levine Katherine 1993 *Quand ces chers petits deviennent d'affreux ados*, Paris : Bayard Editions.
- Gutton Philippe 1990 « L'éprouvé originaire pubertaire et ses représentations », *Adolescence*, 8(2):355-367.
- Gutton Philippe 2001 « Processus homosexuels de puberté », *Adolescence*, 19(1):9-28.
- Harris Mary B. (ed.) 1997 *School Experiences of Gay and Lesbian Youth. The Invisible Minority*, New York: The Harrington Park Press.
- Harris Mary B., Bliss Gail K. 1997 "Coming Out in a School Setting: Former Students' Experiences and Opinions About Disclosure", in Harris (ed.), p.85-100.
- Hassan Sohela S. 1996 *Risk Factors Associated to Suicide Attempts and Ideation in Homosexual Men and Women*, Houston: University of Texas-Houston.
- Haut Comité de la Santé Publique 1997 *Mesures et Propositions*, juin, Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Secrétariat d'Etat à la Santé.
- Hawton K., Arensman E., Wasserman D. 1998 « Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe », *Journal of Epidemiology Community Health*, 52(3):191-194.
- Helfter Caroline 1999 « La tentative de suicide : un appel pressant », *Informations Sociales*, n°79, p.88-95.
- Herdert Gilbert, Boxer Andrew 1993 *Children of Horizons, How Gay and Lesbian Teens Are Leading a New Way Out of the Closet*, Boston: Beacon Press.
- Herdert Gilbert, Boxer Andrew 1995 "Bisexuality. Toward a Comparative Theory of Identity and Culture", in Parker & Gagnon (eds.), p.69-83.
- Herdert Gilbert, McClintock 1996 "Rethinking Puberty: the Development of Sexual Attraction", *Current Development in Psychological Science*, 5(6):178-183.
- Herr Kathryn 1997 "Learning Lessons from School: Homophobia, Heterosexism, and the Construction of Failure", in Harris (ed.), p.51-64.
- Hershberger Scott L., D'Augelli Anthony R. 1995 "The Impact of Victimization on the Mental Health and Suicidality of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths", *Developmental Psychology*, 31(1):65-74.
- Holliday Liz 1994 (1999) *La psychose du rongeur (One Day a Lemming Will Fly)*, collection « Cracker », Paris : Fleuve Noir.
- Holloway Sarah I., Valentine Gill, Ringham Nick 2000 "Institutionalising technologies: masculinities, feminities, and the heterosexual economy of the IT classroom", *Environment and Planning A*, 32:617-633.
- Honoré Christophe 1999 *La douceur*, Paris: Editions de l'Olivier.
- Huet Frédéric 1999 *Papa a tort*, Paris: Balland.
- Isay Richard A. 1989 (1997) *Être homosexuel*, Paris : Editions Marabout.
- Ishii-Kuntz Masako 1990 « Unconsummated Homosexual Inclinations : Evidence from a College Sample », *SSR*, 74(4):222-226.
- Jackson Sandy 1994 « Développement et changement à la préadolescence : un enjeu pour l'école publique », in Bolognini et al. (eds.), p.131-144.

- Jeanneret O., Sand E.A., Deschamps J.P., Manciaux M. 1983 *Les adolescents et leur santé*, collection « Médecine-Sciences », Paris : Flammarion.
- Jordan Karen M., Vaughan Jill S., Woodworth Katharine J. 1997 "I Will Survive: Lesbian, Gay, and Bisexual Youths' Experience of High School", in Harris (ed.), p.17-33.
- Joubert Michel 2001 « Précarisation et santé mentale. Déterminants sociaux de la fatigue et des troubles dépressifs ordinaires », in Joubert, Chauvin, Facy et Ringa (Eds.) *Précarisation, risque et santé*, Paris : INSERM, p.69-95.
- Kessar Zahia 2001 « Regard critique sur les usages sociaux et politiques de la souffrance psychique », *Rhizome*, n°5, p.13.
- Killeen D. 1987 *Symposium sur les « jeunes laissés pour compte »*, *European Young Homelessness Group Symposium*, Rapport final, Centre Européen de la Jeunesse, Strasbourg : Conseil de l'Europe.
- Kinsey Alfred C., Pomeroy Wardell B., Martin Clyde E. 1948 *Sexual Behavior in the Human Male*, Philadelphie : Saunders Company Ltd.
- Kruks Gabe 1991 "Gay and Lesbian Homeless/Street Youth: Special Issues and Concerns", *Journal of Adolescent Health*, 12:515-518.
- Lagrange Hugues, Lhomond Brigitte (eds.) 1997 *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, collection « Recherches », Paris : Editions La Découverte.
- Lazarus Antoine (Rapporteur général) 1995 *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », Paris : Div-Dirmi.
- Lazarus Antoine 2001 « La souffrance psychique aujourd'hui, un concept évident et incertain », *Rhizome*, n°5, p.1.
- Lebas Jacques 2001 « La souffrance psychique : un paradigme écran ? », *Rhizome*, n°5, p.6.
- Leffert Nancy, Petersen Anne C. 1994 "La puberté en tant que facteur de stress", in Bolognini et al. (eds.), p.119-129.
- Le Heuzey Marie-France 2001 *Suicide de l'adolescent*, collection « Consulter, prescrire », Paris : Masson.
- Leraton René-Paul 2001 « Préface » et « Postface », in M. Dorais *Mort ou Fif*, p.9-11 et 109-116.
- Lesourd S., 1994 « La féminité à l'adolescence. Constitution d'un Lieu », *Sauvegarde de l'enfance*, 49(2):158-169.
- Lhomond Brigitte 1997 « Attirances et pratiques homosexuelles », in Lagrange et Lhomond (eds.), p.183-224.
- Lipkin Arthur 1995 "The Case for a Gay and Lesbian Curriculum", in Unks (ed.), p.31-52.
- Lou Virginie 2000 *Un papillon dans la peau*, collection « Page Blanche », Paris : Gallimard Jeunesse.
- Lovell Anne 1992 « Les recherches sur les *homeless* et la maladie mentale », in Actes du séminaire *Sans Domicile Fixe dans l'espace public*, Paris : Plan Urbain, p.49-66.
- Mac Caskill Pamela A., Toro Paul A., Wolfe Susan M. 1998 « Homeless and Matched Housed Adolescents : A Comparison Study of Psychopathology », *The Journal of Clinical Child Psychology*, 27(3):306-319.
- Mac Laren Peter 1995 "Moral Panic, Schooling, and Gay Identity. Critical Pedagogy and the Politics of Resistance", in Unks (ed.), p. 105-123.
- MacMichael A.J. and Kaplan George A. 1998 "The role of epidemiologists in eradicability of poverty", *The Lancet*, 352:1627.
- Malinsky Kathleen P. 1997 " Learning to Be Invisible: Female Sexual Minority Students in America's Public High Schools", in Harris (ed.), p.35-50.
- Marcelli Daniel 1995 « Formation : Pour une médecine de l'adolescent », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°10 (La santé des jeunes), p.34-35.
- Marcelli Daniel 2001 « Narcissisme primaire et homosexualité à l'adolescence », *Adolescence*, n°37, p.71-97.
- Marcelli Daniel, Berthaut Elise 2001 *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence*, collection « Les âges de la vie », Paris : Masson.
- Marpsat Maryse, Firdion Jean-Marie, Meron Monique 2000 « Le passé difficile des jeunes sans domicile », *Population & Sociétés*, n°363.
- Marsiglio William 1993 « Attitudes Toward Homosexual Activity and Gays as Friends: A National Survey of Heterosexual 15- to 19-Year-Old Males », *The Journal of Sex Research*, 30(1):12-17.
- Mazard Claire 2000 *Le cahier rouge*, collection « Les uns les autres », Paris : Syros-Jeunesse.

- Mendès-Leite Rommel, Proth Bruno 2000 « D'une norme à l'autre ? De quelques conséquences de l'assignation sexuelle », *Journal des Anthropologues*, n°82-83, p.71-90.
- Merllié Dominique 1992 « Suicides : modes d'enregistrement », in J.L. Besson (ed.) *La cité des chiffres ou l'illusion des statistiques*, série « Sciences en société », n°5, Paris : Editions Autrement, p.100-115.
- Messiah Antoine, Mouret-Fourme Emmanuelle 1993 « Homosexualité, bisexualité. Eléments de sociobiographie sexuelle », *Population*, 48(5):1353-1380.
- Meyer Ilan H. 2001 "Why Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Public Health?", *American Journal of Public Health*, 91(6):856-859.
- Meyer Ilan H., Schwartz Sharon 2000 "Social issues as Public Health: Promise and Peril", *American Journal of Public Health*, 90(8):1189-1191.
- Miller Alice M. 2001 "Uneasy Promises: Sexuality, Health, and Human Rights", *American Journal of Public Health*, 91(6):861-864.
- Moore Peter 1997 "UK young people's health affected by relative poverty", *The Lancet*, 349:1152.
- Morrow Susan L. 1997 "Career Development of Lesbian and Gay Youth: Effects of Sexual Orientation, Coming Out, and Homophobia", in Harris (ed.), p.1-15.
- Neyrand Gérard 1999 « Le sexuel comme enjeu de l'adolescence », *Dialogue*, 146(4):3-13.
- Nizard Alfred, Bourguoin Nicolas, de Divonne Geneviève 1998 « Suicide et mal-être social », *Population & Sociétés*, n°334.
- O'Connor Andi 1995 "Who Gets Called Queer in School? Lesbian, Gay, and Bisexual Teenagers, Homophobia, and High School", in Unks (ed.), p.95-101.
- Paikoff R.-L., Brooks-Gunn J. 1991 "Do Parent-Child Relationships Change during Puberty ?", *Psychological Bulletin*, 110(1):47-66.
- Parker Richard G., Gagnon John H. (eds.) 1995 *Conceiving Sexuality. Approaches to Sex Research in a Postmodern World*, New York: Routledge.
- Philippe A., Choquet Marie 1986 « Analyses complémentaires selon l'âge et le sexe », in Davidson et Philippe (eds.) *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui, étude épidémiologique*, Paris : INSERM-Doin Editeurs, p.99-113.
- Plummer Kenneth 1989 "Lesbian and Gay Youth in England", in Herdt (ed.) *Gay and Lesbian Youth*, New York: Harrington Park Press, p.195-223.
- Pollack William 1999 *Real Boys, Rescuing Our Sons from Myths of Boyhood*, New York: Henry Holt Company, une traduction française vient de paraître en 2001 : *De vrais gars*, Québec :ADA.
- Pommereau Xavier 1996 *L'adolescent suicidaire*, collection « Enfances », Paris : Dunod.
- Pommereau Xavier 1997 *Quand l'adolescent va mal*, collection « Bien-être », Paris : J'ai Lu.
- Proctor Curtis D., Groze Victor K. 1994 « Risk Factors for Suicide among Gay, Lesbian, and Bisexual Youths », *Social Work*, 39(5):504-513.
- Programme National de Prévention du Suicide 1999 *Programme National de Prévention du Suicide 1998-2000*, Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
- Ramsay Richard, Bagley Christopher 1997 "Social Stress and Urban Suicidal Behaviors", in Bagley & Ramsay (Eds.), p.19-31.
- Remafedy Gary 1999a "Sexual Orientation and Youth Suicide", *JAMA*, 282:1291-1292.
- Remafedy Gary 1999b "Suicide and Sexual Orientation", *PSYC*, 56(10):885-886.
- Remafedi Gary, French Simone, Story Mary, Resnick Michael, Blum Robert 1998 "The relationship between Suicide Risk and Sexual Orientation: Results of a Population-Based Study", *American Journal of Public Health*, 88(1):57-60.
- Resnick Michael D., Bearman P., Blum R., Bauman K., Harris K., Jones J., Tabor J., Beuhring T., Sieving R., Shew M., Ireland M., Bearinger L., Udry R. 1997 "Protecting Adolescents From Harm. Findings From the National Longitudinal Study on Adolescent Health", *JAMA*, 278(10):823-832.
- Rey Amy M., Gibson Pamela R. 1997 "Beyond High School Heterosexuals' Self-Reported Anti-Gay/Lesbian Behaviors and Attitudes", in Harris (ed.), p.65-84.
- Richard Louis, Seguin Marie-Thérèse (eds.) 1988 *Homosexualités et tolérance sociale*, Moncton : Editions d'Arcadie.
- Richard Hugues, Guillemot Didier 1994 « Les hommes attirés par des relations sexuelles avec des partenaires de même sexe », *ANRS*, p.43-54.

- Rogers Susan M., Gribble James N., Turner Charles F., Miller Heather G. 1999 « Entretiens autoadministrés sur ordinateur et mesure des comportements sensibles », *Population*, 54(2):231-250.
- Rosenthal D., Moore S., Buzwell S. 1994 « Homeless youths: sexual and drug-related behaviour, sexual beliefs and HIV/AIDS risk », *AIDS Care*, 6(1):83-94.
- Rotheram-Borus Mary Jane, Hunter Joyce, Rosario Margaret 1994 "Suicidal Behavior and Gay-Related Stress among Gay and Bisexual Male Adolescents", *Journal of Adolescent Research*, 9(4):498-508.
- Rotheram-Borus Mary Jane, Meyer-Bahlburg H., Koopman C., Rosario M., Exner T.M., Henderson R., Matthieu M., Gruen R. 1992 "Lifetime Sexual Behaviors among Runaway Males and Females", *The Journal of Sex Research*, 29(1):15-29.
- Rouadja Ahmed 1991 « L'homosexualité, une réalité sociale réprimée », in *L'état du Maghreb*, Paris : La Découverte, p.235-237.
- Rufo Marcel 2000 *Cedipe toi-même ! Consultations d'un pédopsychiatre*, Paris : Editions Anne Carrière.
- Russell Stephen T., Franz Brian T., Driscoll Anne K. 2001 "Same-sex Romantic Attraction and Experiences of Violence in Adolescence", *American Journal of Public Health*, 91(6):903-906.
- Ruzicka L., Choi C.Y. 1999 « Youth Suicide in Australia », *Journal of the Australian Population Association*, 16(1/2):29-46.
- Safe Schools Coalition 1999 *They don't even know me! Understanding Anti-Gay Harassment and Violence in Schools*, Report 1994-1999, Seattle.
- Savin-Williams Ritch C., Dubé Eric M. 1998 "Parental Reactions to Their Child's Disclosure of a Gay/Lesbian Identity", *Family Relations*, 47:7-13.
- Schiltz Marie-Ange 1997 « Parcours des jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête de modes de vie », *Population*, 52(6) :1485-1538.
- Schmidt Martin H., Esser Gunter 1994 « Facteurs étiologiques des troubles psychiques : Résultats d'une étude empirique », in Bolognini *et al.* (eds.), p.187-196.
- Secrétariat d'Etat à la Santé 2000 *Stratégie française d'actions face au suicide 2000/2005*, Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, 18 septembre.
- Sell Randall L., Becker Jeffrey Blake 2001 "Sexual Orientation Data Collection and Progress Toward Healthy People 2010", *American Journal of Public Health*, 91(6):876-882.
- Surault Pierre 1995 « Variations sur la variation du suicide en France », *Population*, 50(4-5) :983-1012.
- Thériault J. 1998 « Place de l'intimité dans l'expérience relationnelle de jeunes hommes d'orientation homosexuelle », *Contraception, Fertilité, Sexualité*, 26(10) :736-743.
- Thévenot Xavier 1999 « Les homosexualités masculines et leur nouvelle visibilité », *Etudes*, n°3904, p.461-471.
- Thomas Mary 2000 "From crib to campus: kids' sexual/gender identities and institutional space", Guest editorial, *Environment and Planning A*, 32:577-580.
- Tremplay Pierre J. 1994 *The Gay, Lesbian and Bisexual Factor in The Youth Suicide Problem*, Calgary.
- Turner Charles F., Rogers S., Lindberg L., Pleck J., Sonenstein F. 1998 "Adolescent Sexual Behavior, Drug Use, and Violence: Increase Reporting with Computer Survey Technology", *Science*, (280):867-873.
- Unks Gerald (ed.) 1995 *The Gay Teen. Educational Practice and Theory for Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents*, New York : Routledge.
- Vaisman Anne 1998 *Sexe, Amour et sentiments. Des désirs nouveaux aux premières étreintes, un livre sur la vie amoureuse et la découverte de la sexualité*, Paris : Les Editions de La Martinière.
- Vaisman Anne 2000 *Premiers sentiments amoureux, Des désirs nouveaux aux premières histoires d'amour*, collection « Hydrogène », Paris : Les Editions de La Martinière.
- Van Lieshout Ted 2001 *Frère*, collection « Récits », Genève : La Joie de Lire.
- Vermot Marie-Sophie 1998 *Confiance, encore mieux et autocenseur*, collection « Médium », Paris : L'école des loisirs.
- Welzer-Lang Daniel 1998 « Viols et violences masculines », *Panoramiques*, n°34, p.88-95.
- Yates Gary L., Mac Kenzie Richard, Pennbridge Julia, Cohen Eric 1988 "A Risk Profile Comparison of Runaway and Non-Runaway Youth", *American Journal of Public Health*, 78(37):820-821.

ANNEXES

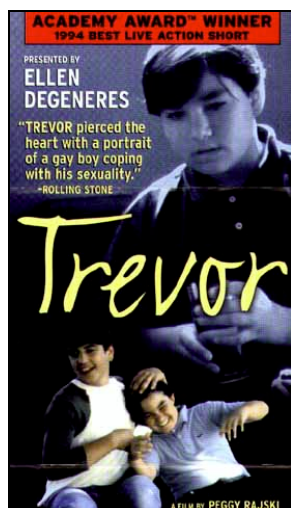
Annexe 1 : <i>Trevor Project</i>	53
Annexe 2 : <i>Safe Schools Coalition</i>	54
Annexe 3 : <i>Project-10</i>	55
Annexe 4 : <i>Union Nationale pour la Prévention du Suicide (UNPS)</i>	56
Annexe 5 : <i>Frère</i> de Ted Van Lieshout	59

Annexe 1 : *Trevor Project*



Cette association sans but lucratif a été créée par les auteurs du court métrage *Trevor* qui trace le portrait d'un préadolescent gai rejeté par ses pairs et qui tente de se suicider. La production de ce film a été conçue dès le départ comme faisant partie d'un *package* (avec le guide de l'éducateur) pour sensibiliser et informer les jeunes de milieu scolaire sur ces difficultés. Depuis 1995, ce kit éducatif est largement distribué à travers les Etats-Unis.

Une ligne téléphonique gratuite a été mise en place dans le cadre de cette même action (24h/24, 7 jours/7).

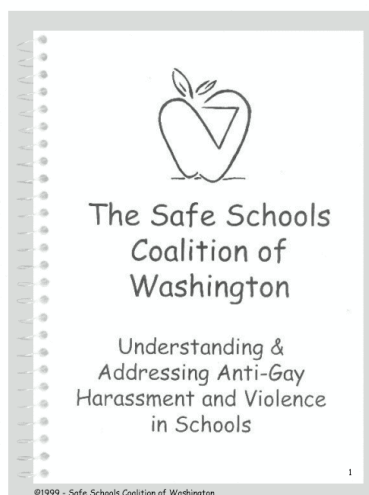


Résumé du film :

A thirteen year old boy (Brett Barsky) falls in love with the most popular boy (Jonah Rooney) at school and experiences ridicule and rejection because of this once his classmates catch on. A sad, funny and charming look at growing up gay (or simply different) that won an Academy Award for Best Live Action Short (1994). Ellen Degeneres introduces the film.
Year: 1981; 23 minutes;

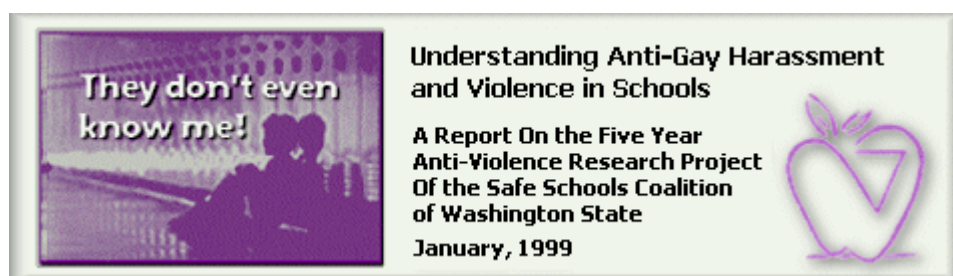
Adresse Internet : www.trevorproject.com

Annexe 2 : *Safe Schools Coalition*



Adresse Internet : www.safeschools-wa.org/safe.html

Cette organisation repose sur de nombreuses initiatives comme le *Community Access Project* (CAP) qui mobilise un vaste réseau de bénévoles (à partir de 12 ans, après une formation, et avec l'autorisation parentale pour les mineurs évidemment) qui accueillent, soutiennent les jeunes en but à des violence ou harcèlement lié à leur sexe ou leur orientation sexuelle. Ils contribuent aussi aux signalement de ces cas de souffrance et assure ainsi une sorte de réseau de veille et d'alerte (interventions auprès des établissements et des autorités). La coalition publie des rapports et diffuse des résultats de travaux scientifiques sur les thèmes relevant de son action. Enfin, ils diffusent des informations, des « zine », des livres, des vidéos conçus pour ces jeunes.



PROJECT 10

Ce programme de prévention contre le suicide, la toxicomanie et le Sida s'adresse aux jeunes et plus particulièrement aux adolescents à orientation sexuelle non conventionnelle (*lesbian, gay or bisexual teenagers*). Il a débuté à Los Angeles en 1984 et ses actions ont tout de suite été orientées vers le milieu scolaire (*Addressing Lesbian and Gay Issues in Our Schools*). Entre autres choses, il propose des séances d'information aussi bien auprès des adultes que des élèves, il assure la formation des personnels enseignants et les *staff members* des établissements scolaires, il encourage l'adoption de mesures et de sanctions à l'encontre des attitudes discriminatoires envers les jeunes Lesbians et transsexuels, il assure le signalement des cas qui lui sont reportés... Par ailleurs il participe aux campagnes pour le droit aux écoles sans risque (*The Right To Safe Schools*).



Symbole des vigiles qui assurent les signalements et les interventions auprès des autorités

Adresse Internet : www.project10.org/Flyer.htm

Annexe 4 : *Union Nationale pour la Prévention du Suicide (UNPS)*

Charte de L'Union Nationale pour la Prévention du Suicide

Le suicide et la tentative de suicide posent la question du libre arbitre et de la dignité, mais ne sont pas une fatalité.

Le geste suicidaire révèle une souffrance personnelle et sociale, liée ou non à une pathologie, qui prive le sujet de sa liberté de choisir la vie. L'acte suicidaire est une atteinte à la personne et à la société, souvent ressentie, par les proches et le corps social, comme une épreuve culpabilisante indélébile.

C'est pourquoi les adhérents de l'UNPS ne peuvent se résigner dans l'indifférence à ce qu'un être humain envisage, ou ait envisagé de se donner la mort. C'est un déni de la solidarité et de la cohésion sociale. C'est l'échec de l'individu face à la vie, et la faillite du soutien de la société.

Les adhérents de l'UNPS, professionnels de la santé et bénévoles, personnes morales et physiques unissent leurs efforts pour rendre possible la prévention du suicide. Ils mettent en oeuvre des actions diverses pour écouter, accueillir et accompagner tous ceux qui sont tentés par le suicide ou ont tenté de se suicider. Que leurs actions soient conduites par des bénévoles ou par des professionnels de la santé et du social, ils s'engagent à :

- respecter les personnes dans leurs convictions et leur comportement, gardant la confidentialité de leurs paroles et de leurs situations, sans porter de jugement de valeur.
- s'abstenir, dans leur pratique, de toute influence confessionnelle, philosophique, morale, politique, ainsi que toute forme de discrimination.
- ne pas intervenir dans un but de profit personnel.
- réduire, dans toute la mesure du possible, toute forme d'ingérence dans la vie personnelle de ceux qui ont recours à leur service.
- conduire, avec tous les acteurs concernés, notamment les professionnels de la santé, une réflexion sur le geste suicidaire, pour approfondir, partager et élargir le champ de leur expérience.

Les adhérents de l'UNPS, au-delà de leurs actions spécifiques, prennent ensemble la responsabilité de,

- sensibiliser l'opinion publique à la possibilité d'une prévention du suicide.
- alerter les responsables de toutes collectivités accueillant des jeunes, des adultes et des personnes âgées, notamment les acteurs de l'éducation et de la santé publique pour les inviter à distinguer les causes qui peuvent conduire à la tentation du suicide et à les prendre en compte.
- proposer leur concours à toutes les institutions qui souhaitent participer à cet effort de prévention du suicide.
- faire connaître les buts que les adhérents de l'UNPS se sont fixés.

Présentation de l'UNPS

A la fin de l'année 1996, quelques associations, agissant dans le domaine de la prévention du suicide, décident de créer ensemble une association pour promouvoir une journée nationale pour la prévention du suicide.

Les associations fondatrices ont estimé que la médiation associative était une alternative appropriée dans la problématique de la prévention du suicide. Ce faisant, elles ne revendiquaient ni exemplarité, ni exhaustivité.

Ces 11 associations liées pour faire ensemble ce qu'elles ne pouvaient pas véritablement faire séparément, c'est à dire réaliser une **Journée Nationale pour la Prévention du Suicide**. Elles ont retenu la date du **5 février de chaque année**, pour qu'à Paris comme en province, là où elles ont des relais ou des antennes, se fassent des regroupements et se déroulent des colloques, des conférences, des débats, des portes ouvertes, sur un thème proposé par le Conseil d'Administration de l'U.N.P.S..

Les médias se sont spontanément et largement associés à chacune de ces journées nationales. Radios, télévisions, journaux nationaux et locaux ont contribué à la notoriété de ces journées.



Les colloques tenus à Paris ont eu pour thèmes :

- ⇒ **" Le suicide , fléau social et sujet tabou "** le 5 février 1997, à l'Assemblée Nationale
- ⇒ **"Prévenir le suicide, c'est possible"** le 5 février 1998 au Conseil Economique et Social
- ⇒ **"Défi médical, défi social : je m'engage"** le 5 février 1999, Maison des Agriculteurs
- ⇒ **"Choisir la vie"** le 4 février 2000, à l'UNESCO
- ⇒ **"Politiques Locales, Politique Globale"** le 5 février 2001, à l'UNESCO

En 2000, l'Association "Journée nationale pour la Prévention du Suicide " (J.N.P.S.) est devenue, **"Union Nationale pour la Prévention du Suicide" (U.N.P.S.)**, pour signifier le rassemblement le plus large possible en vue d'atteindre l'objectif de prévention du suicide, et d'étendre son action au delà du 5 février de chaque année. L'U.N.P.S. s'est donc ouverte à d'autres personnes morales, accueillant aussi des personnes physiques. Cette Union Nationale regroupe aujourd'hui 19 associations.

Cette Union Nationale est laïque, respectueuse des convictions personnelles, et s'interdit toute attache à un parti, un syndicat ou une confession. Elle est multi référentielle, c'est-à-dire qu'elle ne peut ni ne veut être réservée à une profession définie, ni se référer à une idéologie, une théorie, une méthodologie ou une pratique de manière exclusive pour les autres, mais les questionne toutes. Elle entend rester ouverte à toute personne et à tout point de vue, dans les limites de son objet, le respect de sa Charte et de ses Statuts.

- **Le GEPS**, regroupement d'études et de prévention du suicide. Sa vocation : *coordonner les recherches* scientifiques et cliniques dans le domaine du suicide et promouvoir toute initiative.
- **Jonathan Pierres Vivantes**, 50 points d'accueil, d'écoute et d'accompagnement, en France et en Belgique, pour apporter un soutien moral *aux familles en deuil d'un enfant suicidé*, en particulier, par l'organisation de sessions sur le suicide et la culpabilité qui lui est associée.
- **La Porte Ouverte** : "*Quelqu'un à qui parler*". Des bénévoles formés, reçoivent en tête à tête toute personne en désarroi éprouvant une sensation d'inutilité, une souffrance cachée, un désir de mort pour éviter que leur mal-être ne mène à une désespérance totale.
- **L'ADIS**, Association de Défense contre l'Incitation au Suicide, lutte pour faire condamner toute publication dont l'objet est d'inciter les personnes à se suicider.
- **Recherche et Rencontres**, implanté dans 9 villes de France. Des équipes professionnelles pluridisciplinaires, lors d'entretiens, de groupes d'expression ou d'ateliers de création, accompagnent le sujet et l'aident à élaborer un projet de vie.
- **Phare Enfants-Parents**, agit dans une démarche de prévention primaire en s'adressant aux jeunes. Elle intervient dans les collèges et lycées, édite des documents et des guides pour les parents. Elle répond aux parents confrontés aux comportements suicidaires de leur enfant. Elle organise des groupes de paroles.
- **SOS Amitié France**, regroupe dans une fédération 43 associations autonomes, mobilisant 2000 bénévoles; elle offre dans 48 postes un service d'écoute téléphonique 24 heures sur 24, pour permettre à ceux qui

appellent de mettre des mots sur leur mal, de retrouver confiance et goût de vivre.

- **SOS Chrétiens à l'écoute**, une soixantaine de personnes se relaient 24 heures sur 24, pour écouter le désir, les désarrois, la souffrance de l'appelant et s'efforcent d'amorcer un dialogue qui peut s'ouvrir sur la parole qui libère et donne vie.
- **Suicide Ecoute**, aide par téléphone, 24 heures sur 24, toute personne en détresse, à réfléchir sur son envie de mourir, lui permettre d'exprimer sa souffrance, et l'accompagner dans la recherche d'un mieux être. Elle organise des conférences-débats dans les établissements scolaires.
- **SOS Dépression et Urgences psychiatrie**, répondent à toute demande d'une personne déprimée et proposent l'intervention d'un psychiatre à domicile.
- **SOS Suicide Phénix**, 8 centres en France, accueillent et organisent la rencontre de personnes s'étant livré à une tentative de suicide. Chacun accorde la parole à l'autre et les accueillis deviennent accueillants.
- **ASTREE- Carrefour Astrée Paris**,
- **CAP ECOUTE**,
- **L'ECOLE A L'HOPITAL**,
- **ENTR'ACTES**
- **FAVEC**,
- **LIGNE AZUR-SIDA INFO SERVICE**,
- **LOIRE PREVENTION SUICIDE**,
- **ASSOCIATION "SCHIZO ?... OUI ?"**,
- **VIVRE SON DEUIL**,

Adresse internet : www.infosuicide.org

Annexe 5 : *Frère* de Ted Van Lieshout (analyse bibliographique)

2001 (1996), Collection « Récits », Genève : *La Joie de Lire*, 219p.

Un livre riche et émouvant sur l'adolescence, la difficulté d'assumer une orientation sexuelle non conventionnelle, la famille, la maladie et le nécessaire travail de deuil après la mort d'un petit frère.

Luc (16 ans) doit choisir, parmi les affaires personnelles de Marius, mort quelques mois auparavant (à 14 ans) de la maladie de Wilson, celles qu'il souhaite conserver car sa mère a décidé de brûler tout ce qui appartenait au préadolescent afin de d'accomplir symboliquement son travail de deuil. Luc (le narrateur) choisit de sauver du bûcher le journal intime de son petit frère et commence à en remplir les pages à sa suite pour convaincre sa mère qu'elle ne doit pas le détruire. C'est une occasion pour lui de tenter de retrouver ce petit frère à qui il n'accordait pas beaucoup d'attention, qu'il n'avait pas pris au sérieux lorsque celui-ci lui avait avoué être tombé amoureux d'un camarade de classe et qui cherchait sa propre voie au moment où la maladie l'a frappé.

Les difficultés de l'adolescence, les incompréhensions, les craintes de dévoiler une homosexualité qui se révèle, la rivalité et la jalousie inévitables de la fratrie, les caractères qui s'opposent, tous ces éléments ont éloigné les deux frères malgré l'insistance de Marius à rester aux côtés de son aîné. Cette description fine et réaliste rend les personnages très attachants et l'on se prend bientôt à chercher, comme Luc, à comprendre (et à aimer) Marius et sa famille.

Nous voyons apparaître sous nos yeux un dialogue posthume entre Luc et Marius, car l'aîné a décidé de lire les pages du plus jeune et réagit à ses annotations.

Nous découvrons alors le point de vue des deux frères sur des épisodes marquants de leur vie. Des regards différents. Bien entendu, on souffre avec le jeune malade, avec le grand frère empli de remords en découvrant combien il aurait pu mieux combler Marius en le prenant au sérieux, en ne craignant plus d'exercer une mauvaise influence sur lui, en cherchant à le comprendre avant que la maladie l'amoindrisse tant. Tout n'est pas noir, des épisodes cocasses reviennent sous la plume de l'un ou l'autre, la connivence des deux frères dans les critiques adressées aux parents et leur solidarité face à leurs incohérences sont réjouissantes. Les bons moments des jeux de l'enfance refont surface.

Ces souvenirs prennent bientôt d'autres teintes à la lumière des émois sentimentaux et sexuels qui troublent les garçons grandissant. Car ce récit ose parler de l'homosexualité chez les préadolescents (ce qui est très rare en littérature jeunesse), il le fait avec justesse et sensibilité. Il n'omet pas les souffrances, les blessures dans l'image de soi du garçon, les injures, l'ostracisme et l'exclusion à l'école, la peur de la réaction des parents. Et il mentionne aussi la joie éprouvée lors de ces passions amoureuses pour un camarade du même sexe.

Un très beau livre plein de pudeur et de tendresse, dont la gravité et la générosité rappellent celles de Jeanne Benameur dans *Si même les arbres meurent*, une très belle construction littéraire qui se conclut par une formidable solidarité fraternelle, par ce petit frère qui aura toujours 14 ans désormais et qui « lit par-dessus mon épaule » et qui, par delà la mort et à travers elle, va sauver son grand frère de cette maladie héréditaire (par la médecine préventive) et lui permettre de sortir de sa honte d'être homosexuel. On peut aussi y lire un message d'espoir car la compréhension nous apparaît du domaine du possible, il aurait suffi de peu de choses de la part des parents pour dédramatiser les choses, de pas grand chose de la part du grand frère pour mieux accepter son petit frère et lui donner, avant la maladie, cet amour fraternel dont il était riche. A recommander aux adolescents et à leurs parents.