

Les minorités sexuelles face au risque suicidaire

Acquis des sciences sociales
et perspectives

FRANÇOIS BECK
JEAN-MARIE FIRDION
STÉPHANE LEGLEYE
MARIE-ANGE SCHILTZ

Les minorités sexuelles face au risque suicidaire



Les minorités sexuelles face au risque suicidaire

Acquis des sciences sociales
et perspectives

FRANÇOIS BECK
JEAN-MARIE FIRDION
STÉPHANE LEGLEYE
MARIE-ANGE SCHILTZ



Direction de la collection **Thanh Le Luong**
Édition **Vincent Fournier**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la libération
93203 Saint-Denis cedex - France

L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de
cet ouvrage sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer : Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schiltz M.-A.
*Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et
perspectives.* Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 112 p.

ISBN 978-2-9161-9222-2

Auteurs

François Beck, statisticien et sociologue, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Jean-Marie Firdion, sociologue, Équipe de recherche sur les inégalités sociales (ERIS), Centre Maurice Halbwachs UMR8097, Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

Stéphane Legleye, épidémiologiste, Institut national d'études démographiques (Ined)

Marie-Ange Schiltz, sociologue, Centre d'analyse et de mathématique sociales (CAMS)/ Centre de recherche médecine, sciences, santé et société (CERMES)/ Centre national de la recherche scientifique (CNRS)/ École des hautes études en sciences sociales (EHESS)

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier **Pierre Arwidson**, **Bernard Basset**, **Sandrine Broussouloux**, **Olivier Delmer**, **Philippe Guilbert**, **Bruno Housseau**, **Enguerrand Rolland du Roscoat** et **Isabelle Vincent** (Inpes), **Julie Barrois** (DGS), **Susan Cochran** (UCLA), **Nadia Cherkasky**, **Michel Debout** et **Pierre Satet** (UNPS), **Sandrine Danet** (DREES), **Gerald Mallon** (Hunter College School of Social Work), **Gary Remafedi** (University of Minnesota), **Vince Silenzio** (University of Rochester), **Jean-Louis Terra** (Centre Hospitalier du Vinatier) et **Annie Velter** (InVS), pour leur aide, leurs conseils et leurs encouragements.

Avant-propos

Fruit de la collaboration de statisticiens, d'épidémiologistes et de sociologues, cet ouvrage fait le point sur plus de dix ans de recherches et d'études, dans le monde et en France, sur le risque suicidaire parmi les jeunes des minorités sexuelles et ceux qui se questionnent sur leur identité sexuelle ou de genre.

Il nous apprend (ou nous rappelle) que l'affirmation de soi, jamais facile à l'adolescence, peut prendre pour ces jeunes une dimension plus « dramatique » en raison de la stigmatisation culturelle à laquelle ils peuvent être amenés à faire face : repli sur soi, crainte de l'hostilité de l'entourage, isolement, peuvent entraîner des troubles du comportement et une mise en danger sociale et sanitaire.

Il affine notre connaissance des facteurs de risques, en évoquant le poids du soupçon de non-conformité de genre (qui peut toucher tout jeune, indépendamment de son orientation sexuelle effective). Il met en évidence la spécificité de chaque discrimination (homophobie, lesbophobie...), tout en soulignant leur lien avec une autre discrimination fondamentale : le sexisme.

Il confirme et précise le constat dressé en 2008 par le plan national « Santé des Jeunes » du ministère de la Santé et des

Sports^a qui a développé, avec le concours de l'Inpes^b une stratégie de prévention et d'éducation pour la santé visant à favoriser le dialogue autour de la découverte de la sexualité et de l'homosexualité chez les jeunes, afin de lever les tabous et de renforcer l'acceptabilité de toutes les orientations, de toutes les identités. J'attache en effet beaucoup d'importance à ce que les travaux entrepris par l'Inpes, tout en reposant sur un substrat scientifique solide, se traduisent par des actions efficaces.

Cet ouvrage propose enfin dans sa dernière partie des pistes de travail et de réflexion complémentaires : extension d'initiatives locales de prévention qui semblent prometteuses ; sensibilisation des divers professionnels en contact avec les jeunes (qu'ils viennent des champs éducatif, sanitaire, social, judiciaire...) ; amélioration de la prise en compte dans les enquêtes de la spécificité de chaque discrimination pour continuer à étendre nos connaissances, à affiner nos stratégies et nos outils.

Au-delà de sa dimension humaniste, la lutte contre l'homophobie et les discriminations fondées sur l'orientation sexuelle ou de genre constitue pour l'Inpes une stratégie de promotion de la santé globale (à la croisée de ses programmes « Santé des jeunes » et « Santé mentale »), qui contribue à créer pour tous les jeunes des milieux favorables à leur épanouissement, et à prévenir en amont la survenue de nombreux risques (comme le risque suicidaire ou encore les usages nocifs de substances psychoactives).

Thanh Le-Luong

Directrice générale de l'Inpes

a. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/presentation-du-plan-sante-des-jeunes,474.html>

b. Les actions de prévention mises en œuvre par l'Inpes dans le cadre de ce plan sont présentées p. 76-77.

Sommaire

- 7 | **Avant-propos**
- 13 | **Résumé**
- 19 | **Première partie | Suicide et orientation sexuelle : une problématique récente**
- 22 | **Le suicide en France**
- 22 | *Tendances du suicide durant les dernières décennies*
- 23 | *Qualité des données recueillies et sous-déclaration des suicides*
- 24 | *Tentatives de suicide et pensées suicidaires comme marqueurs du risque suicidaire*
- 26 | *Une complexité difficile à cerner*
- 27 | **La recherche statistique des déterminants du suicide : de la pathologie à la question sociale**
- 28 | **L'apparition de la question des minorités sexuelles**
- 29 | *L'orientation sexuelle comme facteur de risque suicidaire*
- 30 | *Difficulté d'analyse de l'effet « sexuel » : approches par le comportement, l'identité, les attirances*
- 31 | **Questions éthiques et méthodologiques**
- 31 | *Suicide et homosexualité : l'introduction de questions « sensibles » dans les enquêtes statistiques en France*



32	<i>Des problèmes scientifiques délicats</i>
33	<i>Des impératifs en termes de méthodologie d'enquête</i>
34	Une préoccupation de santé publique récente
37	Deuxième partie Tentatives de suicide : une prévalence plus élevée chez les homo-/ bisexuels
37	Les premières enquêtes nord-américaines
39	Quelques enquêtes récentes dans d'autres contextes
41	Les enquêtes en France
43	Des comportements suicidaires plus fréquents parmi les jeunes générations
47	Troisième partie Le rôle central de l'homophobie dans le risque suicidaire
50	L'homophobie : une discrimination spécifique, difficile à évoquer avec sa famille
53	Le lien avec des événements douloureux durant l'enfance
55	Minorité sexuelle et construction de soi
55	<i>Jeunes des minorités sexuelles et précarité</i>
57	<i>L'apprentissage de la relation amoureuse</i>
58	Genre, homophobie et comportements suicidaires
58	<i>Les garçons : masculinité et affirmation de soi</i>
59	<i>Les filles : contrôle social et épanouissement individuel</i>
61	Facteurs de protection et facteurs de risque
65	Quatrième partie L'homophobie : une forme de sexisme ?
67	L'homosexuel(le) : un bouc émissaire
68	Homophobie, sexisme : un même rejet du féminin
69	La non-conformité de genre, facteur de risque pendant l'enfance et l'adolescence

70	Quelques éléments de contexte spécifiques aux minorités sexuelles
73	Cinquième partie Exemples de dispositifs et pistes pour l'action
73	Quelques exemples de dispositifs
73	<i>À l'étranger</i>
75	<i>En France</i>
77	Des pistes pour l'action : promouvoir le respect, combattre les discriminations
79	<i>Soutenir les espaces d'expression</i>
80	<i>Communiquer spécifiquement sur l'homophobie et le sexisme</i>
80	<i>Former, sensibiliser</i>
85	<i>Améliorer les connaissances</i>
87	Annexes
89	Bibliographie
109	Les principales études américaines de la fin des années 1990

Résumé

Depuis dix ans, le lien entre suicide et orientation sexuelle est au cœur de préoccupations et de recherches portant sur les discriminations. Les personnes homosexuelles et bisexuelles apparaissent en effet plus concernées que les autres par le risque de suicide. Bien sûr, pour ces personnes – comme pour toute personne, quelles que soient les orientations sexuelles et le mode de vie – les raisons du suicide peuvent être liées à bien d'autres causes : maladies graves ou invalidantes (en particulier certains troubles mentaux), histoire familiale, événements traumatiques durant l'enfance, situation de stress économique, de misère, consommations de produits psychoactifs... Toutefois, le harcèlement et la discrimination dont elles sont souvent spécifiquement victimes peuvent venir aggraver ou se substituer aux causes précédentes, et expliquer la sursuicidalité observée.

ENJEUX MÉTHODOLOGIQUES ET ÉTHIQUES

L'étude du point de rencontre entre orientation sexuelle et suicide n'est pas sans poser d'importantes questions méthodologiques et éthiques. Pour disposer d'échantillons représentatifs de la population homo-/bisexuelle, il faut recourir à des enquêtes en population générale dont la taille d'échantillon est très importante, afin d'obtenir un nombre suffisant

d'individus concernés. Par ailleurs, depuis que les études ont pris en compte les effets de l'homophobie sur la suicidabilité, il est devenu nécessaire d'ajouter aux pratiques sexuelles une approche en termes d'« attirances sexuelles » et de caractéristiques comportementales de « non-conformité aux stéréotypes de genre^a ».

GENÈSE ET APPORT DES ÉTUDES

Ce n'est qu'à partir de la fin des années 1990 que les enquêtes ont commencé à s'intéresser aux populations homo-/bisexuelles hors du contexte de la recherche sur le VIH. Les premières études (en Amérique du Nord, puis dans d'autres contextes) ont permis de mesurer assez précisément le fort lien existant entre l'appartenance à la population gaie, lesbienne et transgenre et les tentatives de suicide. Les premiers résultats disponibles en France (enquêtes ENVEFF 2000 et Baromètre santé 2005) ont confirmé ces observations, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Les dernières données françaises mettent en évidence, au sein des minorités sexuelles, des différences de prévalences non seulement selon le genre, mais aussi selon l'activité sexuelle croisée avec le genre.

DEUX FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS : L'HOMOPHOBIE ET LA NON-CONFORMITÉ DE GENRE

Les résultats des études empiriques récentes, portant sur des populations différentes, semblent indiquer que l'hypothèse de l'homophobie comme facteur de risque^b de comportement suicidaire est pour l'instant la plus solide pour comprendre la sursuicidabilité observée en population homo-/bisexuelle. Les phénomènes d'exclusion, de mépris et de stigmatisation, peuvent en effet conduire à une perte d'estime de soi, une perte de confiance dans l'avenir et les autres. L'hypothèse d'une homosexualité comme facteur favorisant en soi les conduites suicidaires apparaît en revanche invalidée par les travaux nord-américains les plus récents.

a. Le terme « genre », tel qu'il est utilisé ici, doit être entendu comme la construction sociale et culturelle des identités féminine et masculine, par opposition à la dimension biologique de l'identité sexuée. L'idée sous-jacente est que le statut de femme ou d'homme se trouve davantage déterminé par les rôles sociaux, les activités sociales et professionnelles ou la personnalité que par des critères génétiques et morphologiques liés au sexe.

b. Comme le rappelle M. Walter (2000), « un facteur de risque est dans une relation de corrélation avec la survenue d'un phénomène et concerne une population ; il ne se situe donc pas au niveau de la causalité individuelle ».

La non-conformité de genre peut conduire à une grande détresse qui favorise les symptômes suicidaires, en particulier chez les garçons, groupe confronté à une homophobie avérée. Pour les filles, le manque d'études et de statistiques spécifiques n'a pas permis l'émergence d'un savoir constitué qui permettrait de dire si leur moindre visibilité dans les recherches et la vie quotidienne traduit une meilleure acceptation, assortie d'une moindre difficulté, à être différente, ou tout simplement une plus grande ignorance. En population générale, les temps sociaux et biologiques des femmes et des hommes sont différents et il n'y a aucune raison pour que ce phénomène ne se répercute pas chez les homosexuels féminins et masculins. Si ces derniers sont enjointés à affirmer leur masculinité dès l'adolescence, les femmes sont peut-être confrontées à l'affirmation de leur féminité plus tardivement, mais aussi plus durablement. De nos jours, le rôle social de la femme se construit largement autour de la maternité, dans le contexte familial d'une relation de couple monogame. C'est donc peut-être à l'âge de la constitution d'une famille (lorsqu'il s'agit de devenir épouse et mère), mais aussi plus tard (alors que ce « manquement » perdure) que la femme célibataire, sans enfant et donc éloignée des stéréotypes de genre, risque le plus d'être confrontée au sentiment de mal-être.

UN COÛT PSYCHIQUE ET PHYSIQUE ÉLEVÉ

Quelle que soit la stratégie (outrance, ou au contraire dissimulation de sa non-conformité aux stéréotypes de genre) mise en œuvre par les jeunes lesbiennes, gays, bisexuels ou transsexuels (LGBT) pour éviter ou résister à une discrimination possible, le coût psychique et physique s'avère souvent élevé, même à long terme. Par rapport à d'autres types de discriminations, les discriminations homophobes se caractérisent par la faiblesse du soutien de la famille (pouvant aller jusqu'aux mauvais traitements durant l'enfance), la faible intervention des adultes par crainte de « contagion » du stigmate, et la précocité des préjudices qui peuvent toucher de manière très large tout jeune soupçonné(e) de faire partie d'une minorité sexuelle, indépendamment de son orientation sexuelle effective.

DES PISTES POUR LA PRÉVENTION

Il existe en France de nombreuses initiatives nationales ou locales de prévention de l'homophobie et du risque suicidaire,

mais elles demeurent encore largement méconnues : faire un état des lieux des actions et des ressources dans chaque région paraît être une première étape utile, qui pourrait être prolongée par l'élaboration d'un référentiel de formations, d'outils pédagogiques, de protocoles d'évaluation, de conseils méthodologiques à l'intention des acteurs locaux.

Il est également important de sensibiliser les professionnels de tous horizons (des champs éducatif, sanitaire, social, judiciaire et pénitentiaire) aux questions de discriminations, en y incluant l'homophobie, la lesbophobie, la transphobie et le sexisme.

Il semble enfin primordial d'améliorer nos connaissances sur ces phénomènes, en menant des recherches qui intègrent plus nettement ces thématiques en amont de la mise en place des enquêtes.



Suicide et orientation sexuelle : une problématique récente

L'acte de se donner la mort semble *a priori* essentiellement personnel, lié à des facteurs psychologiques propres à l'individu, plutôt qu'à une influence du monde social environnant. Pourtant, depuis la publication du *Suicide* d'Émile Durkheim (1895)¹, l'étude du suicide relève aussi du champ de la sociologie. Cet auteur mettait en évidence que les variations des taux de suicide étaient dépendantes du degré d'intégration des individus dans leur milieu social, expliquant ainsi le suicide en termes de régulation et de cohésion sociales. Ce travail, prolongé par celui de Maurice Halbwachs (1930), reste une référence dans l'étude du suicide, et plus d'un siècle après sa publication, des éléments majeurs mis alors en lumière demeurent valables². Au-delà d'un déterminisme social, ces auteurs insistent surtout sur la prise en compte de dimensions sociales dans la compréhension de ce geste qui paraît, de prime abord, relever du libre arbitre. Les suicides sont donc aussi révélateurs du mal-être social vécu par les individus, ce qui ne dispense pas de l'étude des facteurs de causalité individuelle abondamment décrits dans la littérature (Marcelli & Berthaut 2001, p. 148). Dans cet ouvrage, nous nous attacherons plus particulièrement à l'étude des facteurs sociaux en jeu dans le phénomène de la sursuicidalité des minorités sexuelles.

Le mal-être social est dû à un environnement défavorable, comme des conditions économiques éprouvantes (pauvreté, perte d'emploi, perte de logement,

1. E. Durkheim, *Le suicide*, Paris, PUF, 2007.

2. Pour les limites de cette étude de Durkheim, voir Baudelot & Establet 1990, Kushner & Sterk 2005, Paugam 2007.

chute des revenus, conditions de travail...³), des persécutions (politiques, raciales, ethniques, religieuses, sexistes, homophobes...), etc. Les ouvrages français récents traitant de la dépression et du suicide, notamment chez les jeunes, abordent donc (entre autres) les « facteurs familiaux et environnementaux »⁴. Cette évolution est assez récente : l'attention portée dans ce domaine aux effets de la discrimination, de l'ostracisme et du harcèlement est sans doute la conséquence de la plus grande place occupée, dans les médias comme dans les discours politiques et militants, par ces questions de respect des différences (la loi contre le harcèlement sexuel date de 1992⁵, celle contre les discriminations basées sur l'orientation sexuelle de 2002⁶). Comme toute autre discrimination, le rejet de l'homosexualité (et/ou de la personne homosexuelle) affecte l'état de bien-être physique et moral des personnes qui en sont victimes, et peut favoriser les idéations⁷ comme les actes suicidaires. Le lien entre suicide ou tentative de suicide (TS) et une orientation homosexuelle ou bisexuelle se trouve donc au centre de préoccupations et d'études, notamment dans le domaine de la santé publique, tant au niveau national qu'international.

Après avoir rappelé les chiffres des comportements suicidaires en France, nous présenterons les premiers travaux sur la suicidalité parmi les minorités sexuelles et la façon dont s'est constituée une problématique sur ce thème (voir encadré ci-dessous sur les précisions méthodologiques et sémantiques). Nous évoquerons ensuite les résultats des travaux récents en France et à l'étranger, ainsi que les analyses qui les accompagnent. Nous avancerons enfin quelques pistes de réflexion à partir des principaux points de convergence de ces études, avant de formuler sur cette base un certain nombre de recommandations, en particulier pour les jeunes (population particulièrement exposée aux agressions et stigmatisations homophobes et qui est par ailleurs sensibilisée à l'école à l'éducation au respect des différences).

PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

Notre **recherche bibliographique** s'est organisée autour des études sur le lien entre tentatives de suicide, pensées suicidaires et minorités sexuelles, avec une attention particulière accordée aux études quantitatives. Les bases interrogées ont été Medline (Pubmed), la BDSP, PsychInfo, Social Science Citation Index, ainsi que le fond documentaire de l'Inpes. Les mots clés utilisés ont été : « homosexualité » (« *homosexuality* ») ; « bisexualité » (« *bisexuality* ») ; « *sexual orientation* » ; « transgenre » ; « transsexualisme » (« *transsexualism* ») ; « *gender* » >>>

3. Par exemple, Conger *et al.* 1997, Hudson 2005, Dejours 2008.

4. Par exemple, Debout 2002, Le Heuzey 2001, Marcelli & Berthaut 2001.

5. Loi n° 92-1179 du 2 novembre 1992 « relative à l'abus d'autorité en matière sexuelle dans les relations de travail » (parue au *Journal Officiel* du 4 novembre 1992, n° 257).

6. La loi « de modernisation sociale » (n° 2002-73 du 17 janvier 2002, parue au *Journal Officiel* du 18 janvier 2002, n° 15) interdit toute discrimination basée sur l'orientation sexuelle dans le monde du travail et pour la location de logement (articles 158 et 171 notamment).

7. Le terme « idéation », emprunté à la psychologie clinique, désigne le processus de formation et d'enchaînement des idées, en tant que représentations mentales propres à un individu.

identity » ; « suicide » ; « tentative de suicide » (« *suicide, attempted* » ; « *attempted suicide* ») ; « pensées suicidaires » (« *suicidal ideation* »). Les auteurs ont également pu s'appuyer sur la littérature grise sur le sujet, ainsi que sur des chercheurs américains spécialisés sur les questions liées aux minorités sexuelles.

Le **niveau de preuve** d'une étude se juge par l'adéquation du protocole d'étude à la question posée, l'existence ou non de biais importants dans la réalisation et l'adaptation de l'analyse statistique aux objectifs de l'étude, la puissance de l'étude et notamment la taille de l'échantillon.

- Un **fort niveau de preuve** correspond à une étude dont :
 - le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée,
 - la réalisation est effectuée sans biais majeur,
 - l'analyse statistique est adaptée aux objectifs,
 - la puissance est suffisante.
- Un **niveau intermédiaire** est donné à une étude de protocole similaire, mais présentant :
 - une puissance nettement insuffisante (effectif insuffisant ou puissance *a posteriori* insuffisante) ;
 - et/ou des anomalies mineures.
- Un **faible niveau de preuve** peut être attribué aux autres types d'études.

Des distinctions plus fines ont été proposées par certains auteurs. Elles ne concernent que les études thérapeutiques et ne sont pas utilisables pour d'autres types d'études (diagnostic, causalité, cohorte).

En épidémiologie clinique, la classification suivante est souvent utilisée (ANAES, 2000, p. 57) :

Niveau 1

- Essais comparatifs randomisés de grande puissance (risques alpha et bêta faibles)
- Méta-analyse

Niveau 2

- Essais comparatifs randomisés peu puissants (risques alpha et bêta élevés)

Niveau 3

- Essais comparatifs contemporains non randomisés
- Études de cohorte

Niveau 4

- Essais comparatifs avec série historique

Niveau 5

- Série de cas

La plupart des études recensées dans cet ouvrage sont de niveaux 4 à 2 dans cette classification et présentent donc un **niveau de preuve intermédiaire**. Elles n'ont pas de prétention à la causalité ; toutefois, l'accumulation de preuves concordantes recueillies à l'aide de méthodologies différentes concourt à produire des présomptions solidement étayées sur le sujet.

PRÉCISIONS SÉMANTIQUES

« **Facteur de risque** » : dans cet ouvrage, ce terme renvoie principalement à un contexte qui n'est pas favorable à un groupe (dit ainsi « à risque »), et non au groupe lui-même ni au



comportement qui le distingue du reste de la population (Pollak 1988, Schiltz & Pierret 2008). La présence de ce facteur augmente les risques, pour le groupe considéré, de présenter telle caractéristique ou de connaître tel événement. Il s'agit en ce cas de l'exposition à un facteur (de risque), bien connue en épidémiologie. Occasionnellement, le terme peut dénoter une caractéristique du groupe ou un de ses comportements ; toutefois, il ne prend souvent sa pleine signification que dans un contexte social plus large. C'est également ainsi que doivent être comprises les utilisations du terme « déterminant », qui comporte ici une très forte dimension sociale. Par ailleurs, précisons que les résultats de travaux quantitatifs se fondent sur un raisonnement probabiliste attaché à la comparaison de groupes, et non à des trajectoires individuelles considérées dans leur singularité.

« Vulnérabilité » : il s'agit ici d'une notion relationnelle, relative et volatile. Appliquée à un groupe social, elle se comprend en référence à d'autres groupes sociaux supposés moins vulnérables. Cette relativité intrinsèque se double d'une relativité quant au type de risques encourus : un groupe n'est vulnérable que relativement à un autre groupe et à certains risques ou certains dangers qui ne sont pas toujours clairement explicités. La notion de vulnérabilité est parfois utilisée pour désigner l'écart subjectif qui sépare un individu ou un groupe social d'une norme collectivement admise par la classe dominante et qui relève du « sens commun ». Par ailleurs, parce qu'elle décrit un rapport au risque, au sens moderne du terme (Beck *et al.* 2003 ; Peretti-Watel 2001), la vulnérabilité renvoie à la fois à la fréquence d'exposition au risque (c'est-à-dire la probabilité d'occurrence d'un problème ou de survenue d'un danger) et à la gravité des dommages associés. Ainsi, cette notion ne distingue pas la fréquence d'un problème de sa gravité^a. Un groupe peut donc être vulnérable parce qu'il est plus exposé à un problème qu'un autre, mais aussi parce que les individus qui le composent disposent de moins de ressources pour y faire face ou en minimiser les conséquences, ou bien les deux à la fois. Enfin, c'est une notion volatile car elle n'est vraie qu'à un moment donné de l'existence individuelle et en l'état donné d'un ordre social, par nature changeants et peu propices à une définition *a priori*.

a. Notons que certains auteurs nomment « susceptibilité » la fréquence d'exposition au risque et plus spécifiquement « vulnérabilité » la gravité des dommages associés (Rhodes 2002, Barnett *et al.* 2000), mais les deux termes recouvrent en pratique des éléments souvent indissociables (Ezard 2001).

LE SUICIDE EN FRANCE

Tendances du suicide durant les dernières décennies

En France, le taux de mortalité par suicide a plus que doublé chez les jeunes hommes de 15-24 ans entre 1950 et 1996, et doublé parmi les hommes de 25-44 ans. Jugée préoccupante par diverses instances⁸, cette évolution a entraîné une prise de conscience politique se traduisant par une volonté d'amélioration de la cohérence et de renforcement du dispositif d'accueil et d'écoute des adolescents et des jeunes adultes mise en avant dans la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000/2005 (DGS 2000). En effet, si la mortalité par

8. Voir par exemple les avis du Conseil économique et social, du Haut Comité de la Santé Publique, les conférences de consensus menées en 1998 puis en 2000 par l'ANAES.

suicide parmi les jeunes demeure plus faible que chez les personnes âgées, « *c'est pour la classe d'âge des 25-34 ans que l'importance relative des décès par suicide est la plus élevée avec 21 % en 2002* » (Mouquet *et al.* 2006). La France se classe parmi les pays occidentaux à forte mortalité par suicide, après la Finlande, le Danemark et l'Autriche. Une étude sur les effets d'âge et de génération semble indiquer une vulnérabilité accrue des générations nées après la Seconde Guerre mondiale vis-à-vis du suicide, ce qui pourrait aboutir à une tendance à la hausse des taux de suicide dans les années à venir (Anguis *et al.* 2002). Au cours des années récentes (1998-2003), les taux bruts sont restés stables, proches de 18 pour 100 000 habitants (Mouquet *et al.* 2006). Malgré les progrès de l'intervention médicale d'urgence (SAMU, pompiers...) et des actions de prévention, l'Inserm a compté 10 707 décès en 2005.

Le suicide représentait en 2004 3 % des décès masculins et 1, 2 % des décès féminins, l'incidence étant de 26,6 pour 100 000 hommes et 8,7 pour 100 000 femmes (Aouba *et al.* 2007). Dans le cas des femmes, si les taux de mortalité sont moins importants (en moyenne trois fois moindres), les tentatives de suicide sont beaucoup plus nombreuses que parmi les hommes (près de trois fois plus chez les 15-24 ans). L'enquête « Santé mentale en population générale » (SMPG) de la DREES estime la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie à 9 % pour les femmes et 6 % pour les hommes (Mouquet *et al.* 2006), tandis que l'enquête Baromètre santé de l'Inpes fournit des estimations de 7 % pour les femmes et 3 % pour les hommes (Beck *et al.* 2007). Les personnes divorcées, séparées, et les célibataires présentent un risque plus grand, de même que les chômeurs. L'enquête SMPG permet également d'estimer le risque suicidaire⁹ des personnes enquêtées ; celui-ci est considéré comme élevé pour 2 % des femmes et 1, 7 % des hommes, en particulier pour les jeunes : près de 3 % pour les 18-29 ans (Mouquet *et al.* 2006).

Qualité des données recueillies et sous-déclaration des suicides

Dans une démarche de compréhension des facteurs favorisant les comportements suicidaires, l'analyse des suicides accomplis se heurte à deux obstacles principaux. Les statistiques sur les causes de décès souffrent d'une sous-déclaration lors de l'enregistrement légal de la cause du décès et l'on dispose rarement d'informations pertinentes sur les raisons du suicide. De nombreux défauts d'enregistrement et de classification, spécifiques à la nature du décès en cause, ont été mis en évidence (Chappert *et al.* 2003, Jouglu *et al.* 2002, Merllié 1992), avec pour conséquence des risques élevés de biais par sous-déclaration. Cela n'invalide pas l'étude des tendances de la mortalité par suicide sur de courtes périodes historiques puisque le biais peut être alors considéré comme constant et, en conséquence, les variations au cours du

9. Selon les auteurs, « le risque [suicidaire] est considéré comme élevé pour les personnes qui ont fait une tentative de suicide au cours du mois écoulé ou qui, ayant déjà fait une tentative de suicide dans leur vie, ont pensé à se suicider au cours du mois écoulé ».

temps que l'on observe peuvent être considérées comme valables (Nizard *et al.* 1998). Pour effectuer une analyse plus fine, si le biais donne lieu à correction en matière d'effectif (la sous-déclaration est estimée à 20 ou 25 %, ce qui porterait le nombre de décès par suicide aux alentours de 13 000 par an), il n'est pas possible de corriger la structure (par exemple au moyen d'un redressement, de façon à estimer les facteurs de risque mis en jeu) puisque l'on ignore les caractéristiques des cas qui ne sont pas décomptés. 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 auprès des proches¹⁰ ; toutefois, cette procédure très lourde souffre de difficultés éthiques et d'importantes limites scientifiques, notamment la nécessité de constituer un « groupe témoin » ayant les mêmes caractéristiques sociodémographiques que la population étudiée et la difficulté à généraliser les observations effectuées (Inserm 2005, Le Heuzey 2001)¹¹. En conséquence, pour étudier ce phénomène, ce sont surtout les tentatives de suicide et les pensées suicidaires qui ont été étudiées, au moyen d'enquêtes avec questionnement rétrospectif menées auprès de la population générale, pour l'estimation de prévalence sur la vie entière. De tels travaux posent la question de l'extrapolation des résultats obtenus à partir des tentatives de suicide, mais des études européennes récentes montrent un lien fort entre tentative de suicide (TS) et suicide accompli (Hawton *et al.* 1998).

Tentatives de suicide et pensées suicidaires comme marqueurs du risque suicidaire

Les pensées suicidaires sont habituellement définies comme les pensées d'un sujet destinées à arrêter sa souffrance et dirigées vers sa propre mort. Elles peuvent être plus ou moins graves, allant d'un souhait temporaire de mourir à la planification concrète d'un suicide. Si leur lien avec les tentatives de suicide est particulièrement fort (Kessler *et al.* 1999), elles correspondent soit à l'expression d'une humeur dépressive, soit à une stratégie de *coping* ¹² face à un épisode dépressif ou une situation de souffrance intense

10. L'autopsie psychologique est une méthode apparue dans les années 1960 pour l'approche des caractéristiques mentales et psychosociales des victimes de suicide (Robins *et al.* 1959). Il s'agit d'un outil clinique susceptible d'éclaircir les circonstances d'un décès dans les cas de suicide ou de mort suspecte. L'autopsie psychologique a pour objectif de comprendre tant les circonstances que l'état d'esprit de la victime au moment de son acte, grâce à une reconstruction du style de vie, des comportements et des événements vécus par l'individu, en particulier son accès aux soins et ses prises en charge médicales. Cette méthode est reconnue comme pouvant faire le lien entre la survenue d'événements et l'acte suicidaire, afin de comprendre les comportements qui précèdent immédiatement le passage à l'acte (Inserm 2005).

11. On pourra se reporter aussi à la remarque de Justin Richardson (1995) au sujet des suicides de jeunes gays et lesbiennes (voir p. 28), ainsi qu'aux commentaires du rapport d'expertise de l'Inserm par Agnès Batt-Moillo (2005) : selon ce rapport, l'analyse du suicide par l'autopsie psychologique « confirme et précise les conclusions d'enquêtes épidémiologiques existantes, plus qu'elle ne nous apprend quelque chose de nouveau ».

12. « Coping » : « processus actif par lequel l'individu (...) fait face à la vie et notamment à une situation stressante et réussit à la maîtriser » (Alain Gallo, in *Grand Dictionnaire de la Psychologie*, 1999, Paris : Larousse, p. 218). Il peut consister en modifications des valeurs, investissements émotionnels ou recherche de solution. Ainsi, certaines personnes atteintes par le sida (souffrant donc, en plus d'un traitement lourd et de ses effets secondaires, d'isolement et de stigmatisation dans certains contextes) développent des idéations suicidaires de façon à garder une sorte de contrôle sur leur vie (ou son terme), alors même que cette maladie chronique et mortelle semble les déposséder de toute maîtrise sur eux-mêmes (Mancoske *et al.* 1995).

(McDermott *et al.* 2008 : 819). Elles peuvent être chroniques ou singulières, modérées ou intenses (Sekero 2006). Plus répandues que les TS, elles ont également des significations plus diverses. Certains auteurs se sont pourtant risqués à en fournir un cadre général d'interprétation. Selon une approche d'inspiration psychanalytique, l'idéation suicidaire des adolescents s'apparenterait ainsi à une expérience de « désamarrage symbolique » (Pommereau 1996), une faillite de l'identité et du narcissisme, un défaut de symbolisation et un rejet du langage fermant la porte à de nombreuses formes d'expression de leur mal-être. « *Les jeunes en détresse, en mal de vivre, ont souvent beaucoup de mal à penser, à intérioriser le bénéfice auquel aboutirait le fait de penser* » (Marcelli 2003 : 114). Cette carence, en parole et en intériorisation, serait à l'origine de leur tendance à ne s'exprimer que par le passage à l'acte. Une telle détresse peut conduire au « meurtre de soi », un soi peu réel car nombreux sont ceux qui observent que l'adolescent ou l'adolescente ne veut pas réellement se supprimer mais exprime ainsi son incapacité à affronter sa souffrance.

UNE RÉFÉRENCE PROBLÉMATIQUE AU DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL (DSM)

Le DSM peut être considéré comme un manuel qui reflète un état des connaissances à un moment donné : il est établi par des délibérations et un vote de l'*American Psychiatric Association* (APA). C'est, de ce fait, un compromis résultant du rapport de force entre différents courants de pensée. Depuis sa première mouture en 1952, il a fait l'objet de nombreuses controverses, dont l'une des plus célèbres concerne la nature pathologique de l'homosexualité. Après trois années de manifestations, un vote de l'APA, en 1973, a abouti au retrait de l'homosexualité de la liste des pathologies du DSM-II^a. Cependant, une autre pathologie appelée « homosexualité ego-dystonique » (diagnostic fondé sur une pulsion homosexuelle plongeant le sujet dans le désarroi) n'a été supprimée qu'en 1987 lors de la version DSM-III-R. On comprend donc qu'il est particulièrement délicat de faire référence ici au manuel qui a classé l'homosexualité comme une pathologie ou un trouble mental.

Par ailleurs, il semble que ce manuel reste limité en matière d'étude des comportements suicidaires. Selon D. Marcelli, « *le DSM-IV ne réserve pas une meilleure place [que le CIM-10] à la tentative de suicide : aucune catégorie diagnostique principale n'y est consacrée et on ne retrouve aucune citation de ces termes (suicide, tentative de suicide, para-suicide, etc.) dans*

a. F. Suppe 1985 "Classifying sexual disorders: The Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association", in De Cecco (ed.) *Gay Personality and Sexual Labeling*, New York: Harrington Park Press ; R. Isay 1989 (1993) *Being Homosexual. Gay Men and Their Development*, New York: Penguin Books ; G. Rubinstein 1995 "The decision to remove homosexuality from the DSM: Twenty years later", *American Journal of Psychotherapy*, 49(3):416-427 ; M. King 2003 "Dropping the diagnosis of homosexuality: did it change the lot of gays and lesbians in Britain?", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37:684-688 ; C. Loubert 1988 « Le discours thérapeutique face aux homosexualités », in Richard & Seguin (eds.) *Homosexualités et tolérance sociale*, Moncton (Canada) : éditions d'Arcadie ; J.C. Maleval 2003 « Limites et dangers des DSM », *L'Evolution Psychiatrique*, 68(1):39-61. Cette critique est encore vive dans le monde anglo-saxon, et l'on peut citer cette année la traduction en français du livre de Christopher Lane paru en 2007 *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions* (éditions Flammarion), qui est une analyse très critique du DSM, selon le journal *Le Monde* du 6 mars 2009.



l'index ». Cette remarque fait aussi écho à la rareté des références au DSM dans les articles scientifiques sur les comportements suicidaires que nous avons consultés.

Précisons enfin que les travaux sur lesquels nous nous appuyons ici ne cherchent pas à établir des diagnostics sur des états ou des comportements suicidaires ; ils observent des comportements déclarés (avoir fait une TS, avoir eu des pensées suicidaires), afin de les mettre en lien avec des effets de contexte, éventuellement complétés par des indicateurs synthétiques standardisés et validés dans un contexte culturel et social précis sur les états dépressifs ou de bien-être^b.

b. Marcelli & Berthaut 2001, p.147

c. Alain Leplège, *Les mesures de la qualité de vie*, Paris : PUF, 1999

En population générale, les pensées suicidaires sont plus répandues parmi les femmes, les inactifs (étudiants, chômeurs et personnes au foyer), mais semblent indépendantes du diplôme (Beck *et al.* 2007). Les facteurs de risque sont proches de ceux des tentatives de suicide. Le fait de vivre en couple est plutôt de nature à diminuer la prévalence (comme pour les tentatives de suicide), mais tous les événements traumatiques familiaux durant l'enfance l'augmentent très nettement, de même que la déclaration d'une tentative de suicide passée, ou le fait d'avoir subi un abus sexuel. Enfin, les consommations de produits psychoactifs licites ou illicites, en particulier si elles sont jugées problématiques, apparaissent liées à des déclarations de pensées suicidaires plus fréquentes, sans qu'on puisse pour autant déterminer le sens de la causalité.

Une complexité difficile à cerner

La dépression et les tentatives de suicide touchent davantage les femmes, alors que le suicide accompli et les consommations de produits psychoactifs, en particulier l'alcool, sont principalement masculins, ce qui indiquerait que chaque genre emprunte des voies d'expression différentes du mal-être (Cousteaux & Pan Ké Shon 2006). La « protection » contre le suicide que procurerait la présence d'enfants dans le couple (en plus de l'effet de la vie en couple) apparaît assez complexe pour les femmes : il semble vérifié dans le cas des femmes mariées mais pas dans le cas des femmes en concubinage, ce qui a conduit certains auteurs à avancer le rôle d'attentes sociales différenciées de ces femmes au regard des rôles féminins traditionnels. Selon cette interprétation, le passage par le mariage impliquerait une plus grande adhésion de la femme au rôle de mère et d'épouse. Comme pour les idéations suicidaires, les événements douloureux durant l'enfance favorisent les tentatives de suicide (Johnson *et al.* 2002).

En France, les tentatives de suicide ne font pas l'objet d'enregistrements systématiques et il est difficile d'obtenir des informations lorsque le suicidant¹³

13. « Suicidant » : personne ayant survécu à un geste ayant pour but de mettre fin à ses jours.

n'a pas été hospitalisé ou a seulement séjourné au service des urgences d'un hôpital (ce qui serait le cas de 80 % des TS par intoxication médicamenteuse, mais serait moins souvent le cas pour d'autres formes de tentatives n'ayant pas eu recours à un moyen létal). Les limites sont là aussi importantes puisque toutes les tentatives ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale et que les pratiques divergent d'une région à une autre, notamment lorsque les conséquences de la tentative sont jugées peu graves sur le plan somatique. Profitant de la mise en œuvre de grandes enquêtes probabilistes¹⁴ auprès de la population générale, on peut y inclure des questions sur l'idéation suicidaire ou les tentatives de suicide sur une période (les douze derniers mois, la vie entière) permettant d'estimer des incidences et des prévalences. En comparant les suicidants aux personnes n'ayant pas déclaré avoir de pensées ni d'actes suicidaires, il est possible de repérer des caractéristiques pouvant constituer des indicateurs de risque ou des facteurs protecteurs.

LA RECHERCHE STATISTIQUE DES DÉTERMINANTS DU SUICIDE : DE LA PATHOLOGIE À LA QUESTION SOCIALE

Les idéations suicidaires et les tentatives de suicide sont souvent associées à des épisodes dépressifs, mais aussi à d'autres pathologies, ainsi qu'à des facteurs variés comme la maltraitance durant l'enfance, le chômage ou l'abus de substances psychoactives (Batt 2000, Walter 2000). Des maladies (somatiques ou psychiques) graves ou invalidantes peuvent, par les troubles et les souffrances qu'elles occasionnent, diminuer la qualité de vie et le bien-être des malades et provoquer des idées de suicide ; ainsi, les personnes séropositives souffrent notamment des effets secondaires des thérapies mises en œuvre, de l'isolement et de la discrimination à leur égard (Cochand & Bovet 1998, Préau *et al.* 2007, Velter 2007). Cependant, même dans ces cas, à côté des facteurs individuels, il existe des effets environnementaux, comme le soutien médical et moral de l'équipe soignante et le soutien affectif des proches, qui peuvent influencer positivement ou négativement sur l'issue de la situation.

La consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites et polyconsommation) a déjà été signalée comme étant en lien avec les pensées suicidaires, les tentatives de suicide et les suicides accomplis ; on sait que leur effet désinhibiteur facilite le passage à l'acte, et que les personnes en détresse peuvent s'auto-traiter en y recourant pour atténuer leur souffrance (Erinoff *et al.* 2004). De plus, dans le cas particulier des usagers de drogues par voie intraveineuse, une telle consommation est susceptible d'entraîner des pathologies (infections VIH, VHC, candidoses, bactériémies...) en cas de partage du matériel d'injection, qui peuvent à leur tour concourir à des comportements suicidaires. Dans les études qui visent à mieux comprendre

14. « Échantillon probabiliste » : lorsque tous les individus de l'univers considéré ont une probabilité d'inclusion connue et non nulle dans l'échantillon tiré au hasard, on parle alors d'échantillon probabiliste ou aléatoire. Cela nécessite la constitution d'une base de sondage correspondant au champ de l'enquête (par exemple, une liste de numéros téléphoniques ou de logements).

la tentative de suicide ou les pensées suicidaires, il convient donc de tenir compte de ces éléments qui peuvent toucher différemment certains segments de la population.

Discriminations, harcèlement, événements douloureux durant l'enfance ou situations de stress économique peuvent constituer des facteurs de risque de survenue d'épisodes dépressifs ou de basculement vers des comportements suicidaires. Plusieurs études ont porté sur ces sujets, tout d'abord outre-Atlantique, et de telles problématiques ont récemment été prises en compte dans des enquêtes de victimation (Enquête nationale sur la violence à l'encontre des femmes de l'IDUP-CNRS-Inserm) ou sur la santé (enquêtes « Événements de vie et santé » de la DREES et « Santé inégalités ruptures sociales » de l'Inserm-CNRS). Parmi les déterminants sociaux liés aux effets des discriminations figure le rejet des comportements homosexuels et des personnes considérées comme ayant de tels comportements. Cet effet de contexte a mis longtemps à apparaître dans la littérature scientifique portant sur le suicide¹⁵. Nous l'évoquons brièvement.

L'APPARITION DE LA QUESTION DES MINORITÉS SEXUELLES

La question de la sursuicidalité des jeunes gays, lesbiennes et bisexuel(le)s a été fortement débattue aux États-Unis après la publication du rapport d'un groupe gouvernemental de travail sur le suicide des jeunes en 1989 : la *Task Force on Youth Suicide* concluait alors que les jeunes gays avaient deux à trois fois plus de risques de tenter de se suicider (Remafedi 1999). Du fait de l'absence, à cette époque, d'estimations solides fondées sur des échantillons représentatifs, les résultats avancés avaient été contestés car ils pouvaient être biaisés. Ainsi le suicidologue David Shaffer avait publié dans une page du *New Yorker*¹⁶ une critique virulente du rapport, dénonçant notamment ses « *pauvres statistiques* » ; il appelait à censurer les *gay right activists* qui voudraient en utiliser les résultats. Il s'appuyait en outre sur une étude conduite à partir d'autopsies psychologiques d'adolescents s'étant donné la mort, dont les conclusions s'opposaient à celles du rapport. Le docteur Justin Richardson, dans un éditorial de la *Harvard Review of Psychiatry* de 1995, remarqua alors que ces autopsies psychologiques – qui s'appuyaient sur les avis de la famille, des proches ou des enseignants du suicidé – n'avaient que peu de chances de révéler un secret que ces jeunes voulaient souvent emporter dans leur tombe, et donc que ces résultats empiriques ne valaient pas mieux que les statistiques dénoncées (Richardson 1995). Pour répondre à ces polémiques, plusieurs enquêtes nord-américaines ont été conduites ; leurs résultats convergent et mettent en évidence les risques accrus

15. Par exemple, les médecins britanniques Gunnell et Frankel (1994) n'en font pas mention dans leur article sur la prévention du suicide, ce qui a attiré cette réplique de Jan Bridget : "Where are lesbians and gays?" (BMJ juillet 2001), et le directeur du *Lesbian Information Service and Gay and Lesbian Youth* de poursuivre : "Why do you continue to ignore this highly vulnerable group?"

16. Shaffer D. 1993 « Political science », *New Yorker*, 69(11).

de tentative de suicide parmi les minorités sexuelles (Firdion 2001, McDaniel *et al.* 2001). Nous y reviendrons en détail pages 37-41.

L'orientation sexuelle comme facteur de risque suicidaire

Les désirs d'ordre sexuel, comme les affects en général, sont un phénomène social autant qu'individuel (Bozon & Léridon 1993). Les idées et les normes, les encouragements, les sanctions et les condamnations (morales, sociales, légales) sont autant de facteurs qui 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 et pratiques sexuelles. Parmi les jeunes de 15 à 18 ans, 6,1 % déclarent une attirance pour les personnes du même sexe (Lagrange & Lhomond 1997), c'est-à-dire au moins deux adolescents par classe d'une trentaine d'élèves¹⁷. La découverte d'une orientation homosexuelle ou la réalisation de comportements homosexuels peut être vécue comme une épreuve, comme une source d'anxiété et de honte, et contribuer de ce fait à un état dépressif, à une dévalorisation de soi-même, voire au passage à l'acte suicidaire si cette souffrance devient intolérable, « *souffrance dont [l'adolescent] cherche à se débarrasser résolument* » (Fize 2001).

Les effets de la discrimination, de l'ostracisme et du harcèlement que subissent les minorités sexuelles affectent leur état de bien-être physique et moral (Borillo 2000). Le phénomène du suicide et des TS peut donc être abordé sous l'angle du lien possible entre les souffrances éprouvées par ces personnes, les actes suicidaires et les stigmatisations. Des travaux récents soulignent d'ailleurs la similitude entre les conséquences des différents types de discrimination (racisme, sexisme, homophobie¹⁸) sur les personnes qui en sont victimes (Wexler *et al.* 2009), et insistent également sur la proximité entre les mécanismes sociaux qui produisent ces rejets et ostracismes, sur lesquels nous reviendrons (voir p. 50-62).

Les effets des discriminations basées sur le rejet de l'homosexualité et des comportements homosexuels ont été évoqués depuis longtemps (par exemple Bell & Weinberg 1978), mais leur étude s'est surtout développée depuis que les

17. L'estimation de 6 % peut être considérée comme un minimum puisque l'on sait que, dans une enquête, les comportements et les opinions socialement dévalorisés peuvent se trouver sous-déclarés par les interviewés (Firdion & Laurent 1998).

18. L'homophobie est un concept apparu au début des années 1970 chez les chercheurs et militants gays américains. Le terme fut inventé par George Weinberg en 1965 : « *It was a fear of homosexuals which seemed to be associated with a fear of contagion, a fear of reducing the things one fought for home and family. It was a religious fear and it had led to great brutality as fear always does* » (in Herek 2004). Il s'agit d'un ensemble de croyances et de comportements qui conduisent à rejeter les personnes manifestant un ou des traits stéréotypiques des gays et des lesbiennes, ainsi qu'à exprimer (et prouver) son hostilité à l'égard de personnes pouvant être qualifiées d'homosexuelles (hommes et femmes). Selon Borillo (2000), il s'agit d'« *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, quotidiennes et partagées ; l'homophobie participe du sens commun, bien qu'elle aboutisse à une aliénation certaine des hétérosexuels* ». Précisons que ce comportement peut être adopté par les personnes homosexuelles ; on parle alors d'homophobie intériorisée, qui est une haine de soi chez certaines personnes homosexuelles. Pour une vision plus complète de cette question, on se reportera à l'ouvrage dirigé par Louis-Georges Tin (2003).

préjudices subis par cette population ont été établis par des enquêtes sur échantillon aléatoire. Ainsi des travaux ont porté sur la victimation des minorités sexuelles aussi bien durant leur enfance (Corliss *et al.* 2002, Whitbeck *et al.* 2004) qu'à l'âge adulte (Balsam *et al.* 2005b, Cochran & Mays 2007, Meyer 2003a) ; ils établissent que le risque de mauvais traitement ou d'abus psychologique est plus élevé parmi les enfants ne se conformant pas aux stéréotypes de genre, parmi ceux qui se déclareront plus tard homo- ou bisexuels, et que ces événements se trouvent également associés à une probabilité plus élevée de subir des agressions à l'âge adulte, ainsi que des perturbations psychiques.

Difficulté d'analyse de l'effet « sexuel » : approches par le comportement, l'identité, les attirances

Jusqu'à récemment, il n'a pas été aisé de prendre en compte la dimension sexuelle dans le phénomène du suicide, d'une part parce que les questions à ce sujet sont difficiles à poser et peuvent être jugées intrusives, d'autre part parce que la détermination des objectifs de l'étude est délicate. Avant l'apparition de l'épidémie de sida, la sexualité demeurait un champ d'investigation largement déserté par les scientifiques, les travaux étaient plus sporadiques que dans d'autres champs (Giami 1991) et donc le savoir moins cumulatif. La forte justification de santé publique au cours des années 1980 et 1990 a permis de dépasser les réticences à interroger, par des questionnaires standardisés, la population adulte et les grands adolescents sur leurs pratiques sexuelles, et dégagé des moyens financiers pour conduire des enquêtes quantitatives sur de gros échantillons, l'urgence commandant en quelque sorte l'action.

Les premières enquêtes étant fortement marquées par le contexte de l'épidémie de sida, ce sont les actes sexuels qui ont été repérés (approche « *sexual acts* » se focalisant sur les pratiques « à risque », indépendamment du sexe des partenaires) puisque l'on s'intéressait aux actes favorisant la transmission du VIH, ainsi qu'au sexe du/des partenaires sexuels (approche « *partner gender* ») (Kontula 2004). Les résultats mettant en évidence une vulnérabilité plus forte parmi les minorités sexuelles, les chercheurs ont tenté de caractériser ce statut de minorité. Ils ont interrogé les enquêtés sur leur identité sexuelle ; cependant, on a pu constater que l'identité sexuelle (hétérosexuelle, lesbienne, gaie, bisexuelle, homosexuelle, « en question ») ne correspondait pas toujours aux pratiques sexuelles (homo- ou hétérosexuelles), ni même aux attirances sexuelles ; les différentes approches apparaissaient donc complémentaires. Une étude menée auprès de jeunes Norvégiens (12-20 ans) estime que la prévalence de TS est plus élevée parmi les jeunes qui ont des attirances homosexuelles, une identité sexuelle minoritaire et des comportements homosexuels (18 %), par rapport aux jeunes qui ont cette identité et ces attirances mais n'ont pas de comportement homosexuel (5 %) ; les jeunes qui ne déclarent ni cette identité ni ces attirances mais ont des comportements homosexuels se trouvent dans une position intermédiaire (12 %) (Wichstrøm & Hegna 2003). D'autres travaux ont montré que les taux de non-réponse à ces questions sensibles, ainsi que les estimations produites, n'étaient pas

indépendants de la formulation de la question, de l'introduction au questionnement et de l'outil de collecte (Rogers *et al.* 1999, Saewyck *et al.* 2004).

Enfin, lorsque les études ont commencé à prendre en compte les effets de l'homophobie, il est apparu intéressant d'ajouter aux pratiques sexuelles, aux « attirances sexuelles » et à l'identité sexuelle, les caractéristiques comportementales de « non-conformité aux stéréotypes de genre » passées et présentes¹⁹ (D'Augelli *et al.* 2005, Fitzpatrick *et al.* 2005, Friedman *et al.* 2006, Rieger *et al.* 2008, Skidmore & Linsenmeier 2006). Il reste encore bien des connaissances à acquérir dans ce domaine, d'autant qu'apparaissent maintenant les catégories d'adolescents « qui se questionnent sur leur orientation sexuelle », d'adultes qui se déclarent « incertains » au sujet de leur identité sexuelle, et la catégorie des *transgenres*²⁰, qui n'est pas une orientation ni une identité sexuelle, mais une identité sexuée qui pose question à l'identité sexuelle (une transgenre *male-to-female* qui est attirée par un homme est-elle homo- ou hétérosexuelle ?²¹).

Ritch Savin-Williams insiste sur le fait que la définition à utiliser dans une enquête devrait correspondre au champ que l'on compte investiguer, par exemple : s'appuyer sur le comportement sexuel quand on travaille sur le VIH, considérer les attirances quand on étudie les relations interpersonnelles (ostracisme, attachement...), prendre en compte les identités sexuelles lorsqu'on se penche plutôt sur les aspects sociopolitiques de la question de l'homosexualité (Savin-Williams 2006). Force est de reconnaître qu'en France, nous restons marqués par les premières recherches quantitatives sur la sexualité des années 1990 qui avaient pour préoccupation principale l'épidémie de sida et qui se focalisaient donc sur les comportements sexuels. Il serait donc important d'adopter dans les enquêtes quantitatives des questionnements plus fins sur les différents aspects de la sexualité (attirance, identité, comportement).

QUESTIONS ÉTHIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES

Suicide et homosexualité : l'introduction de questions « sensibles » dans les enquêtes statistiques en France

Avant les années 1990, les questions portant sur l'orientation sexuelle, les attirances sexuelles et l'identité sexuelle ne sont acceptées par les concepteurs des enquêtes et par les organes de contrôle comme la CNIL (Commission natio-

19. Ainsi, des préférences pour des jeux ou des jouets attribués au sexe opposé, avoir été traité de « sissy » (fillette) ou de « tomboy » (garçon manqué) par ses parents durant l'enfance, le travestissement, le rejet de certains stéréotypes du genre correspondant à son sexe biologique (stéréotypes recensés dans le *Bem Sex Role Inventory* et la *Childhood Gender Conformity Scale*).

20. Il s'agit des personnes dont l'identité psychique et sociale reliée aux concepts d'« homme » et de « femme » entre en conflit avec leur sexe physique (ou biologique) qui correspond au genre que la société leur assigne.

21. Verdier & Firdion 2003. Cette dernière catégorie n'a été que récemment étudiée du point de vue des risques suicidaires et de la santé mentale : Clements-Nolle *et al.* 2006, Garofalo *et al.* 2006, Grossman & D'Augelli 2007, Mathy 2002, Nemoto *et al.* 2005.

nale Informatique et Liberté), qu'à la condition que ces informations soient en rapport avec le thème central de l'enquête, lui-même en rapport avec un problème social (par exemple, la santé publique et la prévention du sida). Ces organismes s'étaient appuyés sur l'idée que ces thèmes relèvent de l'intime, et qu'en faire des questions dans le cadre d'un entretien standardisé pourrait constituer une intrusion dans la vie privée des citoyens, au risque de les choquer, voire de perturber leur équilibre psychique. Le succès des premières enquêtes sur la sexualité (l'enquête ACSF « Analyse des comportements sexuels en France » a rencontré en 1991 un taux de refus plus faible que prévu, cf. Léridon & Bozon 1993), la forte demande sociale (au sujet de la prévention du sida, de la violence interpersonnelle) et la mise en œuvre de minutieuses précautions éthiques et méthodologiques ont permis de rendre légitime ce genre d'opération statistique (Bozon & Léridon 1993), même si la vigilance reste encore élevée à l'heure actuelle.

Dans ces travaux, toutefois, le lien entre la tentative de suicide (ou plus largement la détresse psychique) et des discriminations ou une stigmatisation en rapport avec une orientation sexuelle minoritaire n'est pas apparu d'emblée comme une hypothèse à tester. Alors que des travaux américains et canadiens de première importance ont été publiés dès la fin des années 1980, ce n'est qu'à la fin des années 1990 que ces questions vont apparaître, tout d'abord dans les enquêtes conduites spécifiquement auprès de populations homo- et bisexuelles (Enquêtes Presse Gay), puis dans des enquêtes sur la santé et les violences subies (enquête ENVEFF – Enquête nationale sur la violence envers les femmes, Baromètres santé, enquête EVS – Événements de vie et santé). Il a fallu en effet que le concept d'« homophobie » se fasse une place dans le monde de la recherche, de la politique et des médias. La loi sur le Pacte civil de solidarité (PACS) et les débats qui l'ont entourée en 1999, l'article de loi contre les discriminations de minorités sexuelles, mais aussi l'action des associations de défense des personnes victimes d'homophobie ou d'ostracisme, ont fortement contribué à rendre visible le problème et à en montrer la dimension sociétale.

Les agressions et stigmatisations homophobes ont dès lors (au début des années 2000) commencé à être prises en compte dans des enquêtes, de même que la détresse psychique qu'elles provoquent (détresse traduite en tentative de suicide ou idées suicidaires).

Des problèmes scientifiques délicats

Les faits sociaux et biographiques, tout comme les caractéristiques sociodémographiques qui sont à prendre en compte dans l'étude des comportements suicidaires, présentent la particularité, comme c'est fréquemment le cas en sciences humaines, d'être souvent corrélés entre eux, ce qui aboutit à une confusion entre les différents facteurs influençant une situation (détresse psychologique, par exemple) ou un événement (une TS, par exemple). Il convient donc de prendre garde d'éviter ces problèmes de corrélation élevée entre les variables considérées, en écartant celles qui ont des liens trop forts entre elles (empêchant d'identifier l'effet propre à chacune) par une procédure

de transformation des variables ou par d'autres méthodes plus élaborées évitant la multicollinéarité. Une autre difficulté tient au fait que la comparaison entre groupes sociaux n'a pas de sens si leur structure est trop différente. Or la population des minorités sexuelles est peu nombreuse et les effets de structure peuvent être importants, ce qui peut conduire à des conclusions erronées lors des comparaisons avec la population générale, si l'on s'en tient à une statistique descriptive. Il apparaît donc nécessaire de comparer les minorités sexuelles à des populations exclusivement hétérosexuelles ayant des structures (selon l'âge, le sexe...) identiques.

Cela implique également de prendre en compte les facteurs de confusion²², et d'analyser le phénomène « toutes choses égales par ailleurs » (par des modélisations de type régression) de façon, par exemple, à distinguer l'effet de l'orientation sexuelle de celui d'événements douloureux durant l'enfance ou d'une consommation de produits psychoactifs. C'est la raison pour laquelle les travaux publiés sur la sursuicidalité des gays et des lesbiennes proposent des résultats en termes de rapport de risque – *odds ratios*²³. On lira alors : les gays et les lesbiennes présentent un risque de faire une tentative de suicide X fois plus élevé que les hétérosexuels exclusifs (lorsque les effets de l'âge, de la profession et catégorie sociale, etc., sont neutralisés).

Des impératifs en termes de méthodologie d'enquête

Pour distinguer les particularités des populations appartenant aux minorités sexuelles et produire des estimations ayant un intervalle de confiance raisonnable, il convient de disposer d'échantillons probabilistes de taille conséquente, ce qui permet des comparaisons fiables et le recours à des tests statistiques, d'autant que l'on peut supposer que seuls 3 à 4 % des personnes se déclareront non hétérosexuelles dans une enquête et qu'au total 6 à 7 % seulement déclareront avoir eu des rapports sexuels avec des personnes de même sexe au cours de leur vie²⁴. Ainsi, les effectifs ont souvent été de plusieurs milliers, voire de plusieurs dizaines de milliers d'enquêtés, selon le champ considéré (en termes d'âges et de sexe notamment). Au-delà du nombre, disposer de suffisamment d'enquêtés correspondant aux minorités sexuelles, c'est permettre

22. « Facteur de confusion » : c'est un facteur, par exemple d'exposition (comme avoir été placé dans un orphelinat ou une famille d'accueil durant son enfance), lié à la fois au comportement étudié (ici, avoir fait une TS) et à un facteur de risque (être LGB), qui modifie l'estimation de l'incidence du facteur de risque sur le comportement étudié. Par exemple, avoir été placé augmente significativement le risque d'avoir fait une TS (Pronovost *et al.* 2003, Vinnerljung & Ribe 2001). Si, dans l'échantillon de l'enquête, les enquêtés hétérosexuels ont été moins souvent placés que les enquêtés ayant une orientation sexuelle LGB, l'effet de l'orientation LGB sera moindre si l'on prend en compte l'effet important de la variable « placement ».

23. « *Odds ratio* » : il s'agit d'une approximation du rapport du risque (ici suicidaire) d'une population exposée (ici homo-/bisexuelle) sur celui d'une population non exposée (ici hétérosexuelle). Un *odds ratio* égal à 1 signifie que le risque est équivalent dans les deux populations, inférieur à 1 qu'il y a un sous-risque ou une protection pour la population exposée, et supérieur à 1 qu'il y a un sur-risque. Plus l'*odds ratio* est élevé, plus le sur-risque est élevé. En fait, cette approximation assimilant l'*odds ratio* au risque relatif n'est valable que si l'événement est relativement rare dans la population, ce qui est le cas pour les tentatives de suicide.

24. Selon une synthèse de Michael Bochow portant sur les études récentes en Europe occidentale et aux États-Unis, 1,5 à 2 % des personnes se déclarent ouvertement LGB, 1,5 à 2 % se déclarent LGB dans une enquête mais pas auprès de leurs proches, et environ 3 % ont des rapports homosexuels sans pour autant s'identifier LGB (Bochow 2001).

de produire des estimations nationales (prévalences, incidences, moyennes) et de comparer leurs situations à celles d'autres enquêtés en raisonnant à structures égales, et donc de gommer les effets dus à des distributions sociodémographiques différentes.

De telles enquêtes sont lourdes et délicates à mener car elles nécessitent des statisticiens rompus à cet exercice pour éviter le plus possible les biais de collecte et, pour redresser l'échantillon réalisé (pour prendre en compte les non-réponses et incidents de collectes), des instituts de sondage disposant d'un personnel bien formé et motivé, afin d'être performant sur ces sujets tous deux délicats (homosexualité et suicide). Cela exige aussi des précautions de prise de contact avec l'enquêté (pour ne pas perturber la personne contactée, tout en l'informant un minimum du contenu de l'enquête) et de gestion de l'entretien (notamment son terme), de façon à ne pas mettre mal à l'aise l'enquêté avec certains sujets (Riandey & Firdion 1993).

Le coût et la difficulté de concevoir des interrogations détaillées à l'aide de questionnaires standardisés (dont la longueur sera acceptable pour les répondants) limitent par ailleurs la finesse des informations recueillies. Ces grandes enquêtes demeurent pourtant indispensables afin de produire des estimations fiables pour différents groupes sociaux, y compris minoritaires. Mais il importe de conduire aussi des enquêtes reposant sur d'autres méthodologies, moins lourdes et autorisant un questionnement plus fin, en constituant un échantillon de personnes LGBT adossé à un échantillon de contrôle (cf. par exemple, l'étude de Koh et Ross, 2006).

UNE PRÉOCCUPATION DE SANTÉ PUBLIQUE RÉCENTE

Grâce aux premières enquêtes, aux premiers travaux de recherche²⁵, et à l'action de groupes de pression en lien avec la communauté homosexuelle²⁶ ou d'intérêt général²⁷, la sursuicidalité des jeunes gays, bisexuels et lesbiennes a commencé à devenir « visible » aux yeux des décideurs, ce qui lui a valu notamment de figurer parmi les axes d'investigation de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS)²⁸ pour 2007. Ce thème a aussi été abordé lors d'une réunion de la commission santé de la Commission des Droits de l'Homme de l'ONU en 2003, qui a traité de la souffrance des jeunes s'interrogeant sur leur identité sexuelle ou sexuée (Firdion & Verdier 2003b), et il est mentionné dans une brochure de l'OMS pour prévenir le suicide chez les jeunes, parue en 2006²⁹.

25. Adam 2001, Firdion & Verdier 2003a, Lhomond & Saurel-Cubizolles 2003, Shelly & Moreau 2005, Velter 2007.

26. Homosexualités et Socialisme, SOS-Homophobie, Centre Gai et Lesbien...

27. Ligne Azur – Sida Info Service, Ligue des Droits de l'Homme, Ligue française pour la santé mentale...

28. Cet organisme fédère 34 associations.

29. « Les conseillers peuvent jouer un rôle important dans la prévention du suicide des enfants et des adolescents. (...) Les autres facteurs suicidaires chez les jeunes incluent (...) les difficultés associées aux luttes relatives à l'identité sexuelle. » OMS, 2006, p. 7.

Cette question, en lien avec l'homophobie et l'hétérosexisme³⁰, est devenue un sujet de préoccupation légitime pour la santé publique, et donc pour les enquêtes socio-épidémiologiques. Des travaux sur les idéations suicidaires et les tentatives de suicide sont en cours à partir des données du Baromètre santé 2005, et sur les tentatives de suicide dans l'enquête « Événements de vie et santé » de la DREES. Toutefois, en France, aucune enquête n'est conçue à partir de la thématique des comportements suicidaires et de leur lien avec l'identité ou l'orientation sexuelle, ce qui aboutit à ne saisir qu'imparfaitement ce phénomène dont on perçoit désormais bien l'existence, mais dont les facteurs (de vulnérabilité et de protection) et les processus en jeu restent encore à approfondir pour conduire des politiques de prévention et d'intervention pleinement efficaces³¹.

Nous nous intéresserons plus particulièrement dans cet ouvrage aux jeunes (adolescents et jeunes adultes) confrontés aux difficultés liées à la découverte et à la construction de leur identité sexuelle / identité de genre / identité sexuée, ce qui les rend particulièrement sensibles à leur propre image perçue par autrui et fragilise leur estime d'eux-mêmes, sans qu'ils disposent toujours d'un soutien suffisant pour affronter ces questions difficiles à partager avec leurs proches.

30. « Hétérosexisme » : système idéologique dans lequel les relations sentimentales et sexuelles ne peuvent être pensées (ou imaginées) que dans un cadre hétérosexuel, c'est-à-dire l'union de deux personnes de sexes opposés.

31. Une telle démarche devra, comme il se doit, tenir compte des autres facteurs de risque.



Tentatives de suicide : une prévalence plus élevée chez les homo-/bisexuels

LES PREMIÈRES ENQUÊTES NORD-AMÉRICAINES

Les premiers travaux quantitatifs nord-américains à avoir traité de la question du suicide dans la population homo-/bisexuelle portaient sur des échantillons non probabilistes et offraient un panorama contrasté en termes de résultats (Dean *et al.* 2000). Les prévalences des tentatives de suicide n'apparaissent alors pas systématiquement plus élevées en population homo-/bisexuelle, mais les divergences semblent résulter surtout de problèmes de méthode et de représentativité, les enquêtes ne montrant pas de liens étant les plus fragiles d'un point de vue méthodologique (Julien et Chartrand 2005).

Depuis, des enquêtes sur échantillons représentatifs probabilistes ont été conduites aux États-Unis, à la fin des années 1990. Leurs résultats font apparaître un sur-risque suicidaire lié à l'orientation sexuelle plus fort parmi les hommes que parmi les femmes. Ainsi, selon les enquêtes, les hommes homo-/bisexuels ont un rapport de risque de 2 à 7 fois plus grand que les hommes exclusivement hétérosexuels³², tandis que les femmes homo-/bisexuelles présentent un rapport de risque de tentative de suicide de 1,4 à 2,5 fois supérieur à celui

32. Il ne s'agit pas à proprement parler de risque, car les tentatives de suicide rapportées dans l'enquête sont passées. L'extrapolation à un futur non réalisé dépend de la stabilité du contexte social dans le temps. Il ne s'agit pas non plus de risque relatif mais d'*odds ratio*. Littéralement, il faudrait dire que l'*odds ratio* comparant les femmes homosexuelles ou bisexuelles aux hétérosexuelles pour le fait de déclarer une TS au cours de la vie varie entre 1,4 et 2,5. Précisons que ces mesures sont valables pour des groupes et non des individus isolés : il ne faut pas en conclure qu'une femme homosexuelle ou bisexuelle particulière a entre 1,4 et 2,5 fois plus de risques qu'une femme hétérosexuelle de faire une TS au cours de sa vie (car ou bien elle fera une TS, ou bien elle n'en fera pas) ; mais seulement que si l'on compare deux groupes de femmes aux caractéristiques identiques à l'exception de l'orientation sexuelle, on

des femmes exclusivement hétérosexuelles.. Les estimations de ces rapports de risque varient en fonction du champ pris en compte (classes d'âge, zone géographique) et de la définition de la population (comportement sexuel, attirances, identité sexuelle). Nous en présentons une synthèse dans le **tableau I** ci-dessous (ces études sont détaillées en annexe p. 109).

TABLEAU I

Prévalence des tentatives de suicide et rapports de risque (premières enquêtes aux États-Unis)

Auteurs de l'étude	Effectifs	Période prise en compte	Âges	Prévalence des TS				Rapports de risque (OR) ajustés des LGB vs hétéros	
				Hommes		Femmes		Hommes	Femmes
				Homos/bis	Hétéros	Homos/bis	Hétéros		
Herrell <i>et al.</i> 1999	206*	Vie entière	43**	15 %	3 %	-	-	5,6	-
Cochran & Mays 2000	3 648	Vie entière	17-39	20 %	4 %	-	-	5,4	-
Remafedi <i>et al.</i> 1998	611***	Vie entière	12-19	28 %	4 %	21 %	15 %	7,1	1,4
Garofalo <i>et al.</i> 1999	3 365	12 derniers mois	14-19	-	-	-	-	3,7	1,4
Russell & Joyner 2001	11 940	12 derniers mois	12-20	5,0 %	2,0 %	12,2 %	5,0 %	1,7	1,8
Gilman <i>et al.</i> 2001	4 910	12 derniers mois	15-54	1,5 %	0,6 %	0,6 %	1,0 %	2,4	1,5 ns
Bontempo & d'Augelli 2002	9 188	12 derniers mois	13-19	20,4 %	1,2 %	10,8 %	1,4 %	-	-

* Il s'agit de 206 jumeaux masculins (hétéro- ou homozygotes).

** Âge moyen

*** Il s'agit d'une *matched pairs study*.

ns : non significatif

Deux études canadiennes menées à la fin des années 1990 peuvent également être évoquées. L'une a été menée uniquement parmi des hommes (Bagley et Tremblay 1997) et l'autre en population générale (Clermont et Lacouture 2000). Toutes deux concluent également à des taux plus importants (de tentatives de suicide et pensées suicidaires) parmi les personnes à orientation homosexuelle ou bisexuelle, l'effet étant de nouveau plus marqué chez les hommes (respectivement 6,1 % vs 0,5 % et 2,7 % vs 0,5 %).

Des travaux plus récents ont été publiés, et leurs résultats sont cohérents avec ceux des premières études sur échantillon représentatif. Signalons par exemple l'étude de Marla Eisenberg et Michael Resnik sur une population d'adolescents et jeunes adultes (*Minnesota Youth 2004 Survey*) mettant l'accent sur la faiblesse des facteurs de protections chez les jeunes LGB (Eisenberg & Resnik

observerait en première approximation (cf. l'*odds ratio*) entre 1,4 et 2,5 fois plus de TS déclarées dans le groupe des homo-/ bissexuelles par rapport au groupe des hétérosexuelles.

2006), ainsi que l'exploitation de l'échantillon de la *National Longitudinal Study of Adolescent Health* (14 322 personnes âgées de 18 à 26 ans) par Vincent Silenzio et son équipe, qui prend en compte la consommation de drogues et les états dépressifs dans l'effet de l'orientation sexuelle sur les idéations suicidaires et les tentatives de suicide (Silenzio *et al.* 2007) : les auteurs estiment les risques relatifs des homo- / bisexuels (hommes et femmes confondus) concernant les idéations suicidaires au cours des douze derniers mois à 2,9 et pour les tentatives de suicide, toujours au cours des douze derniers mois, à 3,0 (estimation tenant compte de la « race », de l'ethnicité, de la zone de résidence, urbaine ou non).

Globalement, les écarts entre les prévalences des hommes et des femmes au sein de la population homo- / bisexuelle ne sont peut-être que le reflet du différentiel important constaté en population générale entre les taux de TS masculins et féminins. Une seule des huit études, menée à partir du *National Comorbidity Survey*, aboutit à un résultat non significatif, que ce soit pour les pensées ou les passages à l'acte suicidaire, et ce uniquement parmi les femmes (Gilman *et al.* 2001).

QUELQUES ENQUÊTES RÉCENTES DANS D'AUTRES CONTEXTES

Des études sur ce phénomène ont été conduites dans d'autres contextes culturels (voir **tableau II** p. 40), comme en Nouvelle-Zélande (Fergusson *et al.* 1999, Skegg *et al.* 2003), en Australie (Nicholas & Howard 1998), sur l'île de Guam (Pinhey *et al.* 2004), au Japon (Hidaka & Operario 2006), en Turquie (Eskin *et al.* 2005), ou encore chez les Amérindiens (Barney 2003, Gilbert 2004). Toutes ces enquêtes ont abouti à des résultats semblables, à savoir que les minorités sexuelles présentent des taux de tentatives de suicide plus élevés. Par exemple, l'étude d'une cohorte de 1 019 jeunes adultes (interviewés à 26 ans) estime le rapport de risque (ajusté sur l'état dépressif) pour les idéations suicidaires à 2,4 pour les hommes ayant éprouvé des attirances pour les personnes de même sexe (*same-sex attraction*) et à 2,7 pour les femmes attirées par les personnes de même sexe (Skegg *et al.* 2003) ; pour les tentatives de suicide (au cours de la vie), les *odds ratios* sont de 3,2 pour les hommes et 1,4 pour les femmes.

Plusieurs travaux ont été conduits en Europe depuis le début des années 2000. Certains ont été conduits sur un échantillon représentatif, d'autres sur des échantillons raisonnés. Ainsi, l'équipe du Britannique Keith Hawton (2002) a estimé le risque d'avoir fait une TS au cours de la vie sur un échantillon représentatif d'élèves de 15-16 ans en Angleterre : chez ceux qui se disent « préoccupés par leur orientation sexuelle », ce risque est quatre fois plus élevé dans le cas des garçons, et deux fois et demi plus élevé dans le cas des filles (par rapport à leurs camarades se déclarant non préoccupés par leur orientation sexuelle). En Belgique, l'enquête de Carolis van Heeringen et John Vincke (2000) a porté sur un échantillon raisonné de jeunes adultes et leurs estimations sont de l'ordre de 2,5 fois plus de risques de TS pour les hommes,

et 6,3 fois plus pour les femmes homo-/ bissexuel(le)s par rapport aux hétérosexuels de chaque sexe.

En Norvège, une première étude longitudinale a porté sur un échantillon d'étudiants ; elle a montré un risque relatif important (4,3 fois plus de risques) pour les jeunes, sexes confondus, ayant des comportements homosexuels (Wichstrøm & Hegna 2003). Une autre étude norvégienne, s'appuyant sur un échantillon raisonné de gays, lesbiennes et bissexuels, s'est penchée sur les facteurs de risque associés aux tentatives de suicide. Elle a ainsi identifié : un âge jeune lors du *coming out* (le fait d'avoir dévoilé son orientation sexuelle à ses amis hétérosexuels ou à sa famille³³), un faible soutien de la part des amis, être dans une relation sentimentale hétérosexuelle (Hegna & Wichstrøm 2007).

TABLEAU II

Prévalence des tentatives de suicide (au cours de la vie entière) et rapports de risque dans des enquêtes récentes menées sur des échantillons de taille conséquente (n > 500) dans différents contextes nationaux

Auteurs de l'étude	Effectifs	Pays	Âges	Prévalence des TS				Rapports de risque (OR) ajustés des LGB vs hétéros	
				Hommes		Femmes		Hommes	Femmes
				Homos/bis	Hétéros	Homos/bis	Hétéros		
Skegg <i>et al.</i> 2003	942	Nouvelle-Zélande	26*	17,0 %	6,1 %	12,6 %	9,3 %	3,2	1,4 ns
Hawton <i>et al.</i> 2002	5 737	Angleterre	15-17	11 %	3 %	23,8 %	10,5 %	4,0	2,7
Pinhey & Millman 2004	1 381	Micronésie (Guam)		-	-	-	-	5,0	2,6
Eisenberg & Resnik 2006	21 927	Minnesota (États-Unis)	13-20	29,0 %	12,6 %	52,4 %	24,8 %	2,5	2,6
De Graaf <i>et al.</i> 2006	7 076	Pays-Bas	18-64	14,6 %	1,6 %	4,7 %	3,1 %	5,6	1,0 ns

* Âge au moment de l'entretien (il s'agit d'une cohorte).

ns : non significatif

N.B. : Dans l'étude de Skegg *et al.* 2003, les OR ne sont pas ajustés ; dans l'étude de Pinhey & Millman 2004, la prévalence des TS porte sur les douze derniers mois et non sur la vie entière. Dans un souci de lisibilité, seules les études distinguant hommes et femmes dans les modèles sont présentées dans le tableau, les autres étant évoquées dans le texte.

Aux Pays-Bas, l'enquête *Dutch National Survey of General Practice* de 2001 – qui comportait des questions sur la santé mentale et sur l'orientation sexuelle – indique que les gays et les lesbiennes ont un risque relatif d'éprouver un épisode d'anxiété 1,9 fois plus élevé que les hétérosexuels ayant les mêmes caractéristiques (Sandfort *et al.* 2006) ; par ailleurs, l'enquête sur la santé mentale (*Netherlands mental health survey and incidence study*) a permis d'estimer la sursuicidalité parmi les minorités sexuelles (de Graaf *et al.* 2006,

33. Ce dévoilement peut prendre des formes diverses dans des contextes variés (involontaire ou volontaire, par exemple) mais se résume dans l'énonciation de : « *Je ne suis pas hétérosexuel.* » (Heatherington & Lavner 2008)

voir **tableau II** p. 40). En Suisse, Michael Häusermann et Jen Wang ont conduit une enquête auprès des homo-/ bisexuels masculins (échantillon multisites) ; ils ont estimé la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie à 19 % parmi les gays et bisexuels (contre 3 % en population générale masculine), et les idées suicidaires au cours des douze derniers mois à 22 % (Häusermann & Wang 2003). En Autriche, Martin Plöderl et Reinhold Fartacek ont mis en lien la sursuicidalité des adultes de minorités sexuelles (idéations suicidaires et TS) avec le stress psychologique et le manque de soutien familial (Plöderl & Fartacek 2005).

Les études auprès de personnes transgenres sont peu nombreuses et portent souvent sur les risques de santé liés au VIH. Plus récemment, des travaux ont porté sur la santé mentale et les vexations ou difficultés subies par cette population (Garofalo *et al.* 2006, Nemoto *et al.* 2005). Du fait de la rareté des cas, les échantillons sont très réduits, mais les résultats révèlent la présence de beaucoup de détresse et qu'une proportion importante des personnes a « songé sérieusement » au suicide (Verdier et Firdion 2003, Grossman & D'Augelli 2007).

LES ENQUÊTES EN FRANCE

En France, des travaux sur échantillons représentatifs ont précisé les risques suicidaires en population générale (voir **tableau III** p. 42). Depuis le début des années 2000, des études sur échantillons non probabilistes donnent des chiffres voisins de ceux de nos collègues d'outre-Atlantique : dans une enquête par voie de presse, on a observé 17 % de TS au cours de la vie chez les homo-/ bisexuels masculins, et de 27 à 30 % chez les plus jeunes (les moins de 21 ou 25 ans), contre 4 % parmi les hommes exclusivement hétérosexuels (Adam 2001). Selon une étude de Marc Shelly et David Moreau (2005) conduite sur plusieurs sites, le rapport de risque des homo-/ bisexuels masculins par rapport aux hétérosexuels serait décuplé, à âge égal et catégorie socio-professionnelle égale.

L'enquête nationale sur la violence envers les femmes (de 25 à 59 ans) a permis une première estimation établie à partir d'un échantillon représentatif : la prévalence d'au moins une tentative de suicide au cours de la vie est de 25 % chez les femmes qui ont eu des rapports homosexuels, et de 14 % chez les femmes qui se déclarent attirées par les femmes sans avoir eu de rapport homosexuel, contre 6 % parmi les femmes exclusivement hétérosexuelles. Les premières ont 2,5 fois plus de risques de faire une TS que les femmes hétérosexuelles, et les secondes 1,7 fois plus (Lhomond & Saurel-Cubizolles 2003). Notons que les trois grandes enquêtes sur le comportement sexuel des Français ne posaient pas de questions sur les tentatives de suicide (Simon *et al.* 1972 ; Spira & Bajos 1992 ; Bajos *et al.* 2007).

Les enquêtes Presse Gay ont été les premières en France à explorer la question des comportements suicidaires chez les LGBT, et à alerter l'opinion sur ce phénomène ; celle conduite en 2004 a permis une analyse fine des conduites suicidaires sur un échantillon de la population homo-/ bisexuelle

masculine construit par voie de presse et sites Internet identitaires (Velter 2007). Toutefois, la France accuse un retard dans la démarche empirique sur ce phénomène. Nous manquons encore d'enquêtes, sur échantillons représentatifs ou avec groupes de contrôle, véritablement conçues à partir de cette problématique (i.e. prenant en compte non seulement l'orientation, l'attirance et l'identité sexuelles, mais aussi les agressions homophobes, le harcèlement psychologique, les phénomènes de non-conformité de genre durant la jeunesse et les stratégies de défense).

Dans l'enquête Baromètre santé 2005 de l'Inpes (Beck *et al.* 2007), reposant sur échantillon probabiliste, des questions portaient sur le comportement sexuel (sexe des partenaires) et sur les comportements suicidaires (pensées suicidaires au cours de l'année, tentatives de suicide au cours de la vie). D'autres questions sur les épisodes dépressifs caractérisés au cours des douze derniers mois peuvent également être mises en regard, mais elles n'ont été posées qu'à un échantillon aléatoire de 16 883 individus issus des 30 514 enquêtés (Jouvin *et al.* 2007). Les prévalences de TS chez les homo-/ bisexuels masculins sont de 12,5 % tandis qu'elles se situent à 3 % chez les hommes hétérosexuels exclusifs (Beck *et al.*, voir **tableau III** ci-dessous).

TABLEAU III**Prévalences des tentatives de suicide (au cours de la vie)**

Étude	Effectif	TS au cours de la vie selon le sexe :			
		Âges	Hommes	Femmes	Ensemble
Guilbert <i>et al.</i> 2001	13 685	12-75	3,3 %	7,7 %	5,6 %
Archambaut 1998	2 988	25-34	4 %	7,2 %	5,6 %
Choquet & Ledoux 1994	12 391	15-19	5,2 %	7,7 %	6,5 %
Beck <i>et al.</i> 2010	21 096	18-64	3,3 %	7,2 %	5,3 %
Pour cette dernière étude : TS au cours de la vie selon l'activité sexuelle déclarée au cours des douze derniers mois					
		Orientation sexuelle	Hommes	Femmes	Ensemble
		Homo	12,5 %	6,8 %	10,8 %
		Bi	10,1 %	10,3 %	10,2 %
		Hétéro	2,8 %	7,0 %	4,9 %
		Aucune activité sexuelle	5,5 %	8,3 %	7,2 %

Lecture : Dans le Baromètre santé 2005 (Beck *et al.* 2010), 3,3 % des hommes âgés de 18 à 64 ans déclarent au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. Le pourcentage est de 12,5 % parmi les hommes ayant eu des relations strictement homosexuelles au cours des douze mois précédant l'enquête.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux trouvés dans les autres enquêtes ; cependant il est à souligner que dans le Baromètre santé 2005, en se basant sur les comportements sexuels au cours des douze derniers mois, on voit apparaître une nouvelle catégorie d'enquêtés : les personnes sans relation sexuelle au cours des douze derniers mois, et l'on remarque que la prévalence de TS dans cette classe se situe à une position intermédiaire entre les personnes qui déclarent un comportement homo-bisexuel et celles qui

déclarent un comportement hétérosexuel. En effet, en n'identifiant le sexe des partenaires qu'au cours des douze derniers mois, on ne retient dans la population homo-/ bissexuelle que les personnes sexuellement actives avec des partenaires de même sexe sur cette période (de même pour les hétérosexuels avec des partenaires de sexe opposé), ce qui peut introduire un biais dans le calcul puisque l'on peut avoir par exemple des homo-/ bissexuel(le)s non actifs parmi les inactifs sexuellement, des bissexuel(le)s sexuellement actifs avec des partenaires de sexe opposé parmi les hétérosexuel(le)s. D'autres exploitations de cette enquête sont en cours pour approfondir ces points et produire des estimations de risques relatifs pour les idéations suicidaires et les tentatives de suicide (Legleye *et al.* 2010).

Les résultats montrent que, parmi les femmes, une homosexualité active serait un facteur éloignant des pensées suicidaires (OR = 0,33 [0,13 ; 0,84]), tandis qu'en population masculine, on observe une sursuicidalité marquée (OR = 1,83 [1,04 ; 3,23] pour les homosexuels ; OR = 2,89 [1,68 ; 4,97] pour les bissexuels, par rapport aux hétérosexuels³⁴), conformément cette fois à toutes les études menées dans le monde sur la dernière décennie (Beck *et al.* 2010). Ce résultat inattendu pour les femmes³⁵ provient sans doute du fait que l'indicateur utilisé – la pratique sexuelle récente avec une personne du même sexe (plutôt que les attirances ou l'identité sexuelle) – isole des profils particuliers, vraisemblablement mieux assumés et moins fragiles, surtout dans le cas des femmes homosexuelles³⁶. On retrouve les mêmes tendances et ordres de grandeur dans un tout autre contexte : l'étude des comportements de santé des jeunes en Nouvelle-Calédonie. Cette étude isole en effet également comme facteur de risque majeur chez les garçons (mais pas chez les filles) l'attirance vers une personne du même sexe (Hamelin *et al.* 2008).

DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES PLUS FRÉQUENTS PARMIS LES JEUNES GÉNÉRATIONS

Les estimations diffèrent, comme nous l'avons déjà signalé, du fait de différences de méthodologie, de champ, de contexte régional ou national ; pourtant, nous constatons qu'elles se rejoignent sur le résultat principal : un risque

34. La régression logistique contrôle l'âge, la situation face à l'emploi (actif occupé, étudiant ou au foyer, chômeur), la vie de couple, la présence d'enfants au foyer, certains événements traumatiques infantiles (divorce ; mésentente parentale ; maladie, handicap ou décès du père et de la mère), usage régulier d'alcool, consommation quotidienne de tabac, usage de cannabis dans l'année, usage d'une autre drogue illicite dans l'année. Pour les hommes, quatre situations sont distinguées : hétérosexuel (référence), homosexuel, bissexuel et inactif sexuellement au cours des douze derniers mois ; pour les femmes, trois seulement : hétérosexuelle (référence), homo/bissexuelle, inactive sexuellement au cours des douze derniers mois.


35. Sur ce point, les résultats des études ne sont pas toujours concordants, probablement parce qu'elles n'observent pas toujours les mêmes populations ni les mêmes indicateurs de mal-être. Par exemple, dans une étude prenant en compte l'attirance sexuelle pour les personnes de même sexe, celle-ci a un effet aggravant sur les idéations suicidaires des femmes ($p < 0.001$), tandis que l'effet n'est pas significatif pour les tentatives de suicide des femmes (Skegg *et al.* 2003) ; une étude ne trouve aucun effet significatif (idéations et TS) pour les femmes déclarant des partenaires de même sexe (Eisenberg & Resnick 2006), tandis qu'une autre trouve un effet significatif pour les pensées suicidaires ($p < 0.05$) mais pas pour la planification de suicide ni pour les TS (Gilman *et al.* 2001).

36. Une étude a montré que les lesbiennes et bissexuelles qui n'ont pas fait leur *coming out* vis-à-vis de leurs proches ont les taux d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide les plus élevés (Koh & Ross 2006).

relatif élevé parmi les minorités sexuelles par rapport aux hétérosexuels exclusifs, les valeurs de risque relatif étant moins importantes chez les femmes (1,4 à 2,7) que chez les hommes (2,5 à 7,7). Mais il faut aussi mettre cela en regard du phénomène que nous étudions principalement, à savoir la tentative de suicide, qui est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes en population générale, ce qui se traduit parfois par des prévalences au cours de la vie voisines entre hommes et femmes des minorités sexuelles. Nous désignerons les prévalences plus élevées de TS par le terme « sursuicidalité ». Les jeunes semblent présenter des risques plus élevés quant aux TS (par rapport aux adultes plus âgés des minorités sexuelles), ce qui pose la question de savoir si l'on est confronté à un « effet de génération » (les jeunes d'aujourd'hui seraient plus vulnérables que leurs aînés par un effet de contexte, par exemple) ou bien s'il s'agit d'un « effet de mémoire » (les plus âgés oubliant ou réinterprétant, le cas échéant, les actes suicidaires de leur jeunesse).



Le rôle central de l'homophobie dans le risque suicidaire



Au regard des résultats convergents concernant cette vulnérabilité des minorités sexuelles face aux comportements suicidaires, une question a été posée avec insistance : l'homosexualité ne serait-elle pas elle-même source de dépression, voire de pathologie mentale et de suicide ? On notera que l'*American Psychiatric Association* a ôté l'homosexualité de sa liste des diagnostics de désordres mentaux en 1973, et que celle-ci ne fait plus partie de l'*International Classification of Diseases* depuis 1992. Pourtant, une telle position est défendue par exemple par N. Whitehead de la *National Association for Research and Therapy of Homosexuality* (2004). Plusieurs interprétations de la sursuicidalité des minorités sexuelles ont été avancées dans les débats menés récemment outre-Atlantique :

- selon une approche « pathologisante » de l'homosexualité, les personnes présentant des troubles mentaux seraient davantage susceptibles de présenter un trouble d'identité sexuelle et donc une orientation homo-/bisexuelle ;
- selon une autre approche, qui s'appuie davantage sur une analyse en termes communautaristes, le style de vie des homo-/bisexuels (vie nocturne, alcool, drogues...) les pousserait à vivre davantage de situations de stress, ce qui les conduirait à commettre des TS, indépendamment du fait qu'ils ont cette orientation sexuelle ;
- à l'opposé de ces deux positions, il existe un troisième point de vue : les discriminations et la stigmatisation dont sont victimes des jeunes homo-/bisexuels seraient les principaux facteurs favorisant le risque de TS parmi cette population, et non l'homosexualité en soi.

Des travaux scientifiques nord-américains ont mis à l'épreuve ces trois hypothèses au cours de la dernière décennie. Leurs résultats appuient tous la thèse du rôle de l'homophobie dans ce phénomène. À titre d'exemple, nous présentons ici quatre types de recherches qui abordent, avec des méthodes variées, cette question.

En premier lieu a été mise en évidence l'influence d'une campagne de sensibilisation sur l'homosexualité et le sida auprès de jeunes étudiants de certains établissements du Massachusetts : les jeunes gays et lesbiennes qui avaient bénéficié de ce programme *Safe Schools* au cours de l'année précédente déclaraient moins d'idées suicidaires, moins de vols et de destructions de matériel leur appartenant, et avaient été moins souvent absents par crainte pour leur sécurité, que leurs camarades des établissements n'ayant pas bénéficié d'une telle action de sensibilisation (Blake *et al.* 2001). Non seulement la santé psychologique de ces jeunes s'était améliorée (meilleur moral, moins de craintes), mais leur environnement scolaire était devenu moins hostile à leur égard (moins d'agressions). L'enquête de Carol Goodenow et de ses collègues met aussi en avant ce lien entre victimation et comportements suicidaires : elle observe que les adolescents des minorités sexuelles étudiant dans des établissements comportant des groupes de soutien aux jeunes LGB (*Lesbian Gay Bisexual*) déclarent des taux de victimation et de tentative de suicide plus bas que ceux des autres établissements (Goodenow *et al.* 2006).

En second lieu, on observe que la fréquence de certains comportements à risque chez les jeunes homosexuels (dont les TS et les idéations suicidaires) diffèrent significativement selon le sexe et le type de minorité – homo- ou bisexuelle (Garofalo *et al.* 1999, Russell & Joyner 2001), ce qui paraît refléter le traitement différencié des minorités sexuelles dans les attitudes homophobes, comme l'ont relevé plusieurs études (Cochran & Mays 2007, Grov *et al.* 2006, Saewyc *et al.* 2004), et donc accrédi-ter la présence d'un effet ayant son origine dans le social plutôt que dans les facteurs traditionnellement avancés que sont le psychologique, le biologique ou le pathologique. Des chercheurs canadiens ont étudié les agressions homophobes à l'encontre de jeunes hommes à Seattle (Tremblay & Ramsay 2000). Les auteurs ont observé, chez les jeunes hétérosexuels victimes d'agression homophobe, le même taux élevé de TS que chez les jeunes homo- ou bisexuels, ce qui tend aussi à réfuter l'effet unique, de l'homosexualité en soi, dans le phénomène observé. Stacey Horn (2007) a mis aussi en évidence le rejet par leurs pairs des jeunes présentant des comportements et des apparences non conformes aux stéréotypes de genre, quelle que soit leur orientation sexuelle effective.

Le troisième type d'enquêtes a cherché à comparer des personnes ayant en commun une histoire familiale durant l'enfance, de façon à contrôler un effet de contexte et, dans une certaine mesure, d'héritage génétique. Kimberly Balsam et son équipe ont comparé les comportements suicidaires de plus de 700 gays, lesbiennes et bisexuels avec ceux des membres de leurs fratries (Balsam *et al.* 2005a, Balsam *et al.* 2005b). Une analyse multiniveaux a mis en évidence l'association entre orientation sexuelle et idéations suicidaires et tentatives de suicide, mais aucun lien entre orientation sexuelle et détresse

psychologique ou hospitalisation dans un service psychiatrique n'a été observé. Richard Herrell et ses collègues ont analysé les prévalences de TS parmi des jumeaux masculins (à partir du fichier des militaires américains) qui ne présentent pas la même orientation sexuelle (jumeaux discordants) ; ils montrent que l'effet de l'appartenance à une minorité sexuelle se maintient après la prise en compte de l'abus de drogues et de la dépression (Herrell *et al.* 1999).

Enfin, d'autres études ont estimé l'effet spécifique des troubles mentaux, tels que la dépression et l'addiction, sur la propension à faire une TS (Fergusson *et al.* 1999, Gilman *et al.* 2001). Certains chercheurs ont établi que la sursuicidalité des minorités sexuelles subsiste à état psychique et à consommation de produits psychoactifs contrôlés (Hershberger & D'Augelli 1995, Cochran & Mays 2000b, Safren & Heimberg 1999), tandis que Ritch Savin-Williams et Goeffrey Ream soulignent que l'homosexualité en soi n'a pas d'effet significatif sur les comportements suicidaires lorsque l'on prend en compte les *life-stressors* (faible estime de soi, consommation de substances...), les *gay-related stressors* (féminité chez les garçons, harcèlement homophobe...) et des facteurs comportementaux (Savin-Williams & Ream 2003). Une étude récente de Vincent Silenzio et de ses collègues montre que, pour les homosexuels comme pour les hétérosexuels, l'usage de substances psychoactives et l'état dépressif sont toujours associés à l'idéation suicidaire et la tentative de suicide. Toutefois, cette étude apporte une précision : le lien entre usage de substances psychoactives et idéations suicidaires est plus élevé chez les hétérosexuels exclusifs que chez les minorités sexuelles, et l'état dépressif est un facteur associé plus fortement à la tentative de suicide chez les hétérosexuels exclusifs qu'au sein des minorités sexuelles (Silenzio *et al.* 2007).

La surconsommation de produits psychoactifs parmi les minorités sexuelles continue cependant à nous interroger (Herrell *et al.* 1999:872, Jauffret-Roustide 2003), d'autant qu'elle n'est pas toujours observée dans les enquêtes (Sandfort *et al.* 2006, Ziyadeh *et al.* 2007). Rappelons que, pour un jeune, la consommation de produits psychoactifs peut aussi avoir pour fonction de masquer une souffrance émotionnelle qui peut être causée par la non-acceptation de sa sexualité ou de son orientation sexuelle par le sujet lui-même ou par ses proches (Hefez & Marty-Lavauzelle 1989). Cela nécessite donc de poursuivre des investigations.

Les résultats que nous ont apportés ces études empiriques récentes, portant sur des populations différentes, semblent bien indiquer que la dernière hypothèse avancée (l'homophobie comme facteur de risque de comportement suicidaire) est pour l'instant la plus solide. Les phénomènes d'exclusion, de rejet, de mépris, de stigmatisation, peuvent conduire en effet à une perte d'estime de soi, à 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 éléments qui ont un rôle important dans l'étiologie des comportements suicidaires sont en place chez les minorités sexuelles et les personnes prises pour cible par les homophobes : état dépressif, consommation de substances psychoactives, conflits

familiaux, isolement, agression. Or, « *d'avantage 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). Un sentiment d'indignité peut atteindre certains jeunes : « *Je suis pédé... Je ne suis plus bon à rien* » (cité par Dolto 1988:116). Ce sentiment sera renforcé par le comportement des pairs, à travers des actes et des paroles humiliantes et dégradantes, concourant à augmenter les facteurs de risque (isolement, manque d'espace de parole, sentiment de menace...) : « *J'étais rejeté totalement par les garçons (...) mais également par les filles. J'avais même des railleries de la part des instits car il ne fallait pas être trop efféminé* » (cité par Verdier & Firdion 2003:77).

Il ne faut pas nier que le contexte présent est moins homophobe que par le passé, du moins dans les pays occidentaux où l'apparition du concept d'homophobie a été suivie par la défense des droits des minorités sexuelles (Goncalves & Machado 2007). Cependant, la question de la normalité hétérosexiste demeure souvent sous-jacente. Elle s'exerce notamment dans le cadre du milieu de socialisation secondaire des jeunes (au collège notamment³⁷), mais aussi à travers les fortes attentes sociales concernant les adultes (avoir un enfant, être en couple) qui pèsent particulièrement sur les minorités sexuelles et sur les individus ne se conformant pas aux stéréotypes de genre. Le récent débat autour de la possible origine génétique de l'homosexualité a eu plusieurs conséquences ; s'il a pu, pour une part, amoindrir la condamnation morale dans certains milieux, il a mis l'accent sur l'étiologie et la recherche de l'origine de l'homosexualité, au détriment de la question de sa place dans la sexualité humaine et de son acceptation dans la société³⁸.

Nous constatons donc que les minorités sexuelles, de même que les personnes victimes de harcèlement homophobe, constituent un groupe « à risque » vis-à-vis du suicide (qu'il s'agisse des idéations, des tentatives ou des décès), en dépit de l'évolution des mentalités.

L'HOMOPHOBIE : UNE DISCRIMINATION SPÉCIFIQUE, DIFFICILE À ÉVOQUER AVEC SA FAMILLE

Christopher Bagley et Anthony D'Augelli, dans un éditorial du *British Medical Journal* (2000), ont affirmé que les comportements suicidaires des jeunes gays, lesbiennes et bisexuels étaient un problème en lien avec un climat d'intolérance homophobe (« *a climate of homophobic intolerance* »). S'agit-il donc d'une forme d'intolérance particulière, qui conduirait à des formes de

37. On observe un lien entre la non-conformité au stéréotype masculin chez les garçons et le harcèlement (*bullying*), particulièrement à ce niveau scolaire (Friedman *et al.* 2006, Verdier & Firdion 2003).

38. Selon Brian Mustanski (professeur aux départements de psychologie et de psychiatrie de l'université de l'Illinois à Chicago), l'orientation sexuelle est influencée par des facteurs prénataux mais il n'y a pas de gène de l'homosexualité. « *Nous sommes convaincus qu'il y a des associations entre l'homosexualité déclarée et des traits qui sont apparus précocement dans le développement de l'enfant, ou qui ont été déterminés avant la naissance* » (Mustanski & Bailey 2003:433). En fait, l'approche doit être probabiliste (facteur favorisant), et l'intérêt de discuter de l'influence de la région X₂₈ du chromosome X sur l'orientation sexuelle (Mustanski *et al.* 2005) est de nous conduire à approfondir les bases de la tolérance à la différence (Mustanski & Bailey 2003:435).

victimation et de retentissement psychologique spécifiques, ou serait-elle proche des autres types d'intolérance ?

On relève en fait à la fois des similitudes et des différences entre les conséquences d'une discrimination telle que le racisme et celle de l'homophobie sur la propension à avoir des idées dépressives et suicidaires après un acte malveillant ou une agression. Similitude car, de la même façon, la victime de l'une ou l'autre discrimination ressent un sentiment d'injustice et surtout d'insécurité dans ses rapports avec les autres, puisque la violence peut surgir à tout instant, sans raison (Diaz *et al.* 2001, Huebner *et al.* 2004). Cette violence peut être physique mais aussi symbolique, c'est-à-dire se traduisant par des propos dévalorisants, humiliants et insultants, qui peuvent être entendus en privé mais aussi dans les lieux publics, et parfois même de la part de personnalités (politiques ou autres). On peut évoquer à ce sujet l'attitude d'un des découvreurs de la structure de l'ADN, James Watson, prix Nobel de médecine (1962), qui affirmait en 1997 qu'une femme devrait avoir le droit d'avorter si l'on pouvait diagnostiquer que son enfant deviendrait homosexuel³⁹. Certaines opinions vont donc même jusqu'à nier le droit des homosexuel(le)s à l'existence individuelle ou collective. Ce type de déclaration eugéniste, formulée par un scientifique de renom, est chargée d'une violence symbolique particulièrement forte.

Les jeunes LGB n'ont même pas besoin d'être des victimes directes pour subir le poids de cette stigmatisation (Li Kitts 2005). En fait, la honte éprouvée devant sa « nature », devant soi-même, peut parfois conduire à des conduites suicidaires (Hillier & Harrison 2004). Dans ce cadre, l'indifférence des adultes, par exemple celle des psychologues scolaires (dans les enquêtes conduites aux États-Unis) ou celle de nombreux enseignants (en France), s'est avérée une cause importante de détresse et d'atteinte à l'estime de soi chez les jeunes LGB (Cooper-Nicols 2007, Verdier & Firdion 2003). Comme nous le disait l'un d'entre eux : « *Si même les adultes s'en fichent, alors je suis foutu !* » Ces personnes vivent non seulement l'expérience du rejet de la part des autres, mais aussi de l'invisibilité de leur souffrance (Ruiz 1998, Dunne *et al.* 2002) ; à cela s'ajoute le reproche d'un trait de personnalité sur lequel ils n'ont pas de maîtrise.

Ces populations en grande difficulté connaissent d'ailleurs souvent une accumulation de stigmates : par exemple, être gay/bisexuel et black/latino aux États-Unis (Diaz *et al.* 2001, Remafedi *et al.* 1998), LGB et sans domicile (Marpasat & Vanderburg 2004, Milburn *et al.* 2006, Whitbeck *et al.* 2004). Or nous savons que ces cumuls de discrédits sont à l'origine d'une morbidité plus importante (notamment sur le plan de la santé mentale, et en particulier de la dépression) parmi les populations les moins favorisées (Chauvin & Parizot 2007, Devaut *et al.* 2007, Goldberg *et al.* 2003, Hudson 2005, Moore 1997). Rafael Diaz et son équipe ont étudié le cas des Latinos homosexuels ou

39. « *In 1997, he told a British newspaper that a woman should have the right to abort her unborn child if tests could determine it would be homosexual.* » C. Milmo in "Fury at DNA pioneer's theory: Africans are less intelligent than Westerners", *The Independent*, 17 octobre 2007. James Watson s'est également « illustré » en tenant des propos sexistes et racistes. Il a été exclu en octobre 2007 du laboratoire new-yorkais de Cold Spring Harbour pour avoir tenu des propos racistes dans un entretien au *Sunday Times* du 14 octobre 2007.

bisexuels aux États-Unis ; ils ont remarqué que les expériences de discriminations telles que l'homophobie, le racisme ethnique et le rejet des pauvres ont pour conséquences communes une faible estime de soi et une isolation sociale qui contribuent à la vulnérabilité, à des épisodes dépressifs ou de détresse (Diaz *et al.* 2001).

Chez les victimes d'homophobie, comme dans le cas des autres discriminations sociales, le rôle de la famille peut être protecteur lorsque celle-ci apporte un soutien marqué à son enfant, et lorsque l'agression n'est pas trop grave (Hershberger & D'Augelly 1995, Adams 2007, Heatherington & Lavner 2008). Cependant, à la différence du racisme, les membres de la famille d'un jeune gay ou d'une jeune lesbienne n'ont pas, en général, déjà acquis une expérience de ce que subit leur enfant (ou frère ou sœur), et ne peuvent pas lui en faire bénéficier. Au contraire, ils peuvent contribuer au rejet du jeune ou à sa dévalorisation, ce qui apparaît fréquemment dans les entretiens (Schiltz 1997, Verdier & Firdion 2003) et dans les estimations des facteurs de risque (Wichstrøm & Hegna 2003, Plöderl & Fartacek 2005). Aux États-Unis, une étude sur les conséquences du *coming out* sur les relations du jeune avec sa famille a montré des différences selon qu'il s'agit d'une lesbienne, plus souvent agressée par sa mère, ou d'un gay, plus souvent agressé par un frère, tandis que la mère tend à le protéger (D'Augelli *et al.* 1998:367). Outre la peur du rejet et le sentiment de honte, un autre sentiment peut renforcer la réticence du jeune à dévoiler son identité sexuelle : la crainte de provoquer une crise interne de la famille (Heatherington & Lavner 2008, McDermott *et al.* 2008).

En France, les travaux de Marie-Ange Schiltz (1998) et d'Annie Velter (2007) ont montré que l'acceptation des gays et bisexuels s'est améliorée depuis les années 1980, notamment au sein de la famille. Il reste toutefois des situations problématiques, particulièrement chez les plus jeunes : dans l'enquête Presse Gay de 2004, moins d'un tiers des répondants de moins de 20 ans ont annoncé leur orientation sexuelle à leur père (Velter 2007). Christian Grov et son équipe ont relevé aux États-Unis que les jeunes « de couleur » (*African Americans, Asian/Pacific Islanders, Latinos/as*) étaient moins souvent ouverts quant à leur orientation ou leur identité sexuelle vis-à-vis de leur parents que les jeunes « blancs » (*Caucasians*), ce qui semble lié à un fort rejet culturel de l'homosexualité dans ces familles⁴⁰ ; cela se traduit aussi concrètement par davantage de comportements à risque par rapport au VIH (Grov *et al.* 2006). Ce qui fragilise donc particulièrement les jeunes LGBT, c'est un moindre soutien de la famille pour affronter leurs difficultés ou pour s'individualiser, alors que l'on sait l'importance du rôle de ce soutien et de la cohésion familiale dans la prévention des comportements suicidaires (Marcelli & Berthaut 2001, Chirita *et al.* 2000, Heatherington & Lavner 2008).

Le soutien d'une communauté est très important, tout particulièrement pour les minorités stigmatisées (sentiment d'appartenance, support émotionnel,

40. Ce rejet culturel a aussi été analysé dans le monde du Maghreb par Ahmed Rouadjia (1991).

modèle positif...) car il permet aux individus de se comparer et de s'identifier à ceux qui leur sont proches, plutôt qu'à des modèles issus de la société dominante (Meyer 2003b). Dans le cas des jeunes des minorités sexuelles, qui sont immergés dans un monde où les jugements négatifs sur l'homosexualité prédominent, l'accès à cette communauté fait singulièrement défaut, d'une part parce qu'ils ne peuvent que difficilement reconnaître (et se faire reconnaître de) ceux qui sont comme eux dans le monde scolaire (se dévoiler a un coût psychique élevé et comporte de grands risques vis-à-vis des autres qui sont de potentielles menaces) ; d'autre part parce qu'ils n'ont pas encore accès aux groupes de soutien pour adultes LGBT. En cas d'agression homophobe, la victime peut hésiter à faire une démarche auprès d'un adulte, d'un parent ou de la police, par crainte de subir une nouvelle humiliation (la honte de se sentir ou d'être considéré comme homosexuel) et de renforcer la stigmatisation à son égard (Herek *et al.* 2002). On retrouve là un phénomène qu'on connaît bien : les femmes victimes d'agressions sexuelles avant que ne se mettent en place des dispositifs de prise en charge spécifique.

Tout cela conduit à penser que les facteurs de protection contre le suicide (tels que le soutien de la famille, de la communauté, des enseignants, un milieu scolaire non agressif, une perception positive de l'identité sexuelle) doivent être établis et particulièrement renforcés pour ces jeunes des minorités sexuelles (Adams 2007, Eisenberg & Resnick 2006, Goodenow *et al.* 2006), compte tenu de leur forte probabilité de subir des agressions (Saewyc *et al.* 2004) et donc de subir les répercussions de ces discriminations sur leur santé mentale et physique (Mays & Cochran 2001). Ce phénomène est d'autant plus prononcé que le fait de cacher son orientation sexuelle est une source de stress (Meyer 2003a), tout comme l'intériorisation des valeurs négatives attribuées à l'homosexualité (homophobie intériorisée), ce qui contribue aux comportements suicidaires lors du *coming out* du jeune LGBT à sa famille (Igartua *et al.* 2003).

Il convient cependant de nuancer l'effet attendu d'un meilleur soutien des familles pour diminuer le risque de tentative de suicide : des travaux montrent que les impacts des autres facteurs de risques restent significatifs après que l'on a pris en compte le soutien familial (Balsam *et al.* 2005a). Une vision plus globale demeure donc indispensable.

LE LIEN AVEC DES ÉVÉNEMENTS DOULOUREUX DURANT L'ENFANCE

Les phénomènes de discrimination peuvent donc s'inscrire dans une histoire précoce d'agression ou de mauvais traitements. Au regard de notre sujet, ce résultat est important car, comme on l'a déjà noté, des difficultés dans l'enfance ont des répercussions néfastes sur les risques suicidaires à l'âge adulte. Les résultats de l'étude américaine de Susan Cochran et de son équipe indiquent que les personnes se définissant comme homo- ou bisexuelles ont un risque plus important, par rapport aux personnes hétérosexuelles, d'avoir subi des mauvais traitements dans leur famille durant l'enfance (les risques

sont trois à huit fois plus élevés selon le type de minorité et le sexe, Corliss *et al.* 2002). Mehmet Eskin et ses collègues, travaillant sur un échantillon d'étudiants turcs, ont trouvé que les jeunes ayant des comportements homosexuels ou qui déclarent une identité homo-/bisexuelle connaissent une plus grande distance affective avec leur père, et que ceux qui se déclarent gays ont une prévalence plus forte d'abus sexuel durant l'enfance (Eskin *et al.* 2005). En travaillant sur les fratries de personnes des minorités sexuelles, Kimberly Balsam et ses collègues ont observé que ces dernières ont subi davantage d'abus psychologiques et physiques de la part des personnes qui les élevaient que leurs frères ou sœurs (Balsam *et al.* 2005a, Balsam *et al.* 2005b). De telles observations sont confirmées dans le cas des jeunes sans domicile LGB américains (Leslie *et al.* 2002, Milburn *et al.* 2006, Whitbeck *et al.* 2004). Ces résultats se retrouvent aussi en France, dans le cas des femmes, dans l'enquête nationale sur les violences envers les femmes (Lhomond & Saurel-Cubizolles 2003).

Selon Heather Corliss et ses collègues (2002), les difficultés observées au sein de la famille peuvent traduire aussi bien une réaction parentale négative à la suite d'un dévoilement précoce ou un soupçon de l'orientation sexuelle de leur enfant (en particulier pour les jeunes ne se conformant pas aux stéréotypes de genre) que les conséquences du mal-être du jeune ayant conscience de sa différence, et de la faible tolérance de ses parents dans ce domaine. Des enfants pourraient ainsi adopter des comportements de compensation (consommation de tabac, d'alcool, de drogues, prises de risque...) entraînant en retour des réactions disciplinaires de la part des parents. De plus, bien des familles ne disposent pas des outils culturels et des connaissances leur permettant de répondre à cette situation (Brown 2002, Hefez 2003). Au sujet des prévalences plus fortes d'abus sexuels parmi les jeunes LGBT, ont été avancés des facteurs de vulnérabilité liés à une moins grande intégration à la famille, un départ plus précoce de la famille, un isolement social plus fréquent, une difficulté d'expérimentation sentimentale avec leurs pairs, une non-conformité de genre plus fréquente, certains comportements à risque plus fréquents (consommation d'alcool, de drogues...).

De tels épisodes de rejet, des actes de discrimination (ou leur crainte) se trouvent donc bien impliqués dans l'étiologie des épisodes dépressifs, de détresse, et dans les comportements suicidaires. Thomas Mills et ses collègues ont observé, parmi un échantillon probabiliste d'hommes ayant eu des relations homosexuelles, que la détresse de l'enquêté était associée au fait d'avoir été victime de harcèlement homophobe précoce, et que la dépression était associée à des abus durant l'enfance, ainsi qu'à des agressions au cours des cinq dernières années (Mills *et al.* 2004). Par ailleurs, David Huebner a souligné que les mentions de mauvais traitements parmi les hommes homo-/bisexuels (dans un échantillon de 18 à 27 ans) étaient associées à une moindre estime de soi et à davantage d'idéations suicidaires, de même que les actes de discrimination touchent davantage les plus jeunes (Huebner *et al.* 2004) ; cela correspond à ce qui est observé en population générale (Johnson *et al.* 2002).

MINORITÉ SEXUELLE ET CONSTRUCTION DE SOI

Les prévalences importantes de TS chez les minorités sexuelles peuvent surprendre car la situation et la perception des personnes homosexuelles ont évolué en France (et dans les pays occidentaux) depuis les années 1980. Ainsi, en 1982, la majorité sexuelle a été fixée à 15 ans, quel que soit le sexe de la personne et de sa/son partenaire, puis en 1999 le Pacte civil de solidarité a été, non sans réticence, ouvert aux personnes de même sexe (Mossuz-Lavau 2005). Toutefois, sur plusieurs points, l'égalité des droits n'est pas encore reconnue (mariage, adoption...). On observe aussi que la discrimination varie selon la classe d'âge. Les injures (comme « pédé », « tapette », « enculé », « gouine »...), fréquentes dans les cours de récréation et au sein de groupes de jeunes, sont considérées comme parmi les plus infamantes et les plus stigmatisantes. C'est dire combien ceux d'entre eux qui se découvrent homo-/bisexuels, ou ceux qui sont perçus comme tels, peuvent connaître la détresse tôt au cours de la vie. Par ailleurs, une meilleure acceptation sociale de l'homosexualité depuis deux décennies a eu un effet paradoxal car, en autorisant une plus grande visibilité des gays et des lesbiennes, elle les expose davantage à des agressions homophobes⁴¹. C'est particulièrement vrai dans la famille et en milieu scolaire pour les plus jeunes (Grosv et al. 2006, Nichols 1999).

La perception sociale négative et dévalorisante de l'homosexualité est ressentie par les jeunes des minorités sexuelles comme une atteinte de soi, et se révèle particulièrement destructurante pour les plus jeunes. Se trouvant à l'âge où ils doivent construire leur masculinité ou leur féminité, ils cherchent à adhérer aux rôles sociaux et aux rôles sexuels correspondant à la « norme » sociale perçue. Pour se détacher de leurs parents (ce qui constitue une des tâches de l'adolescence), les jeunes s'appuient sur leur groupe de pairs. Or nous avons vu que ceux et celles qui sont différents, par leur orientation sexuelle, leur identité sexuelle ou de genre, sont fréquemment rejetés (ou craignent de l'être en cas de dévoilement) par leurs camarades et que leurs parents se montrent rarement prêts à accepter cette différence chez leur enfant (Hefez 2003).

Jeunes des minorités sexuelles et précarité

Des jeunes sont parfois mis à la porte par leur famille après un *coming out*, volontaire ou non, ou bien préfèrent fuir un contexte familial oppressant⁴². Ils se retrouvent alors dans la rue ou dans les centres d'hébergement d'urgence pour sans-abri (Dunne et al. 2002, Mallon et al. 2002, Ray 2006). À Los Angeles, plus de 80 % des adolescents sans domicile interrogés dans un service d'aide, et s'identifiant comme gay ou bisexuel, déclaraient que des attitudes homophobes avaient contribué à leur décision de quitter le domicile familial et d'entamer

41. Des auteurs ont déjà relevé le caractère ambivalent de la « libération sexuelle » des années 1960-70 : « À la fois hédoniste et ascétique » (Béjin & Pollak 1977), le contrôle social s'appuie alors sur « un continuum différentiel selon la distance à la 'norme', en tant qu'habitude moyenne, c'est-à-dire selon le degré de 'perversion' ».

42. « Mes parents sont dans une secte. Ils n'ont pas accepté mon homosexualité. C'est à cause d'eux si je me trouve dans cette situation. » (Déclaration d'un jeune sans domicile in de Peretti 2006:169)

l'errance (Kruks 1991, Proctor & Groze 1994) ; les résultats de l'enquête de Les Whitbeck et de ses collègues vont dans le même sens puisqu'ils estiment que les adolescents LGBT sont davantage exposés à un contexte stressant et agressif (négligence, abus physique, psychologique et sexuel) avant de se trouver dans la rue (Whitbeck *et al.* 2004). Bryan Cochran et ses collègues, ont comparé des adolescents sans domicile LGBT et hétérosexuels ; ils trouvent que les premiers ont fui plus souvent le foyer parental, ont été plus souvent depuis qu'ils sont sans domicile victimes d'agressions physiques (garçons et filles) et d'agressions sexuelles (garçons uniquement), et consomment davantage de drogues (Cochran *et al.* 2002). Ces événements concourent à augmenter leurs risques de suicide (Leslie *et al.* 2002, Noell & Ochs 2001).

Les risques de se retrouver dans des situations précaires pour échapper à des pressions de l'entourage sont plus importants chez les LGBT que chez les hétérosexuels ; de même, chez les LGBT, les chances de recouvrer une meilleure situation sociale et de parvenir à retrouver un toit sont inférieures. Norweeta Milburn et ses collègues ont observé que les adolescents hétérosexuels qui se sont retrouvés sans domicile à la suite de « harcèlement » (verbal, physique) dans leur famille sortent plus facilement de la rue que les adolescents LGBT (Milburn *et al.* 2006). Ces jeunes sont donc plus fréquemment exposés à des situations d'exclusion que les adolescents hétérosexuels et ils subissent des dommages dont ils recouvrent moins bien ou moins vite.

Le rejet par la famille ou des relations conflictuelles, l'absentéisme scolaire pour fuir un milieu agressif, une vie à la rue, sont autant de situations qui peuvent conduire à l'intervention des services de protection de l'enfance auprès des jeunes LGBTQ⁴³. Des études américaines signalent d'une part que ces jeunes sont surreprésentés parmi les jeunes placés (*out-of-home care*), d'autre part que leur prise en charge souffrirait d'un manque de compétence et de compréhension du personnel, ce qui serait source d'insécurité et de négligence (Estrada & Marksamer 2006, Mallon 1992, NCLR 2006, Sullivan *et al.* 2001). Ainsi, ils continueraient à subir des brutalités et des agressions durant leur placement, et leurs parcours dans le *Foster Care System* seraient en moyenne plus longs et plus instables que ceux des jeunes hétérosexuels (Mallon *et al.* 2002). À la suite des premières alertes lancées par les associations et chercheurs, des structures spécialisées ont été mises en place, tout d'abord en Californie (*group-homes* et services de l'association GLASS⁴⁴ accueillant des jeunes de 12 à 18 ans s'identifiant comme LGBTQ), puis à New York City (services de Green Chimneys⁴⁵ accueillant des jeunes de 12 à 20 ans s'identifiant comme

43. Ici la lettre Q signifie « *Questioning his/her sexual identity* », ce qui s'explique par le fait qu'il s'agit, dans le cas des jeunes pris en charge par les services de protection de l'enfance (*Child Welfare Services* aux États-Unis), d'une population qui comprend de jeunes adolescents encore en cours d'élaboration de leur orientation sexuelle.

44. *Gay and Lesbian Adolescent Social Services* (GLASS) est une ONG créée par une travailleuse sociale, Theresa DeCrescenzo. GLASS a mis en place dès 1984 un ensemble de services sociaux dédiés aux jeunes des minorités sexuelles qui sont placés (*foster care*), en liberté surveillée ou sans abri (*homeless*), et a créé des centres d'hébergement à Los Angeles, Long Beach et Oakland (voir <http://glassla.org/wp/>).

45. Cette ONG (fondée en 1947) a pour vocation de prendre en charge des enfants ayant des troubles émotionnels (en s'appuyant notamment sur la zoothérapie) ; en 1997, à l'instigation de Gerald Mallon, elle a créé une résidence spécifique pour les jeunes LGBTQ ; en 1999, elle a ajouté des appartements de transition, ainsi qu'une école secondaire au bénéfice des jeunes lesbiennes, bisexuels, gays et transgenres (voir <http://www.greenchimneys.org/>).

LGBTQ). Ces associations ont également développé des programmes de formation en direction des professionnels en contact avec les jeunes, ainsi qu'en direction des parents pour les aider à mieux gérer les émotions qui peuvent naître de la découverte d'un enfant gay ou lesbienne. Le bilan des programmes d'aide conduits à New York incite actuellement les responsables à chercher à placer davantage ces jeunes dans des familles d'accueil, et à les impliquer dans des programmes éducatifs non spécifiques⁴⁶.

Ces difficultés conduisent parfois ces jeunes dans le système judiciaire et pénitentiaire, avec notamment des inquiétudes pour les personnes atteintes par le VIH (continuité des soins) et pour les personnes transgenres qui peuvent être affectées à un quartier de centre de détention ou de maison d'arrêt selon leur sexe de naissance (Curtin 2002, Schaffner 2007). Dans ce secteur encore, il semble que des efforts demeurent nécessaires pour que « la Justice soit la même pour tous » (Feinstein *et al.* 2001) et que la prévention du suicide puisse être efficace.

Les recommandations habituelles des dispositifs de prévention du suicide, visant à s'appuyer sur la famille proche du jeune suicidant ou suicidaire, sont donc à considérer avec précaution puisque le rejet de la part de la famille (ou sa crainte) peut être au cœur de la détresse du jeune. Certains auteurs déconseillent à ces jeunes de dévoiler leur identité sexuelle à leur famille lorsqu'ils ne peuvent disposer ailleurs d'un soutien effectif en cas de rejet (D'Augelli *et al.* 1998). En revanche, on l'a vu, l'information, la sensibilisation et un soutien à la famille sont des objectifs importants pour favoriser l'acceptation des différences et une attitude compréhensive vis-à-vis du jeune, y compris en direction des familles d'accueil en cas de placement (Craig-Oldsen *et al.* 2006). Dans ce domaine, l'expérience des réseaux de soutien aux familles et amis de gays, lesbiennes et bisexuels (*Contact*⁴⁷ par exemple) est intéressante (Mallon *et al.* 2002). Ce type d'action est certainement à étendre avec de plus amples moyens.

L'apprentissage de la relation amoureuse

Souvent, les adolescent(e)s homo- ou bisexuel(le)s ne peuvent vivre un apprentissage progressif de la relation amoureuse, commençant par le flirt, puis le premier baiser, pour aboutir à la sexualité partagée ; ils/elles se trouvent conduits à différer la rencontre de leur premier partenaire de même sexe, par crainte du rejet et de la stigmatisation. Ces jeunes des minorités sexuelles entrent en général plus tardivement dans la vie sexuelle, mais aussi plus brutalement (Lagrange & Lhomond 1997), c'est-à-dire avec plus de risques sur les plans physique et émotionnel.

46. Communication personnelle de Gerald Mallon, août 2008.

47. *Contact* est un regroupement d'associations départementales ayant pour objectifs d'aider les familles et leurs amis à comprendre et à accepter l'orientation sexuelle de leurs proches ; d'aider les lesbiennes, gays, bisexuels, et en particulier les jeunes, à communiquer avec leurs parents ou leur entourage, en les aidant à assumer leur orientation sexuelle ; de lutter contre les discriminations, notamment celles dont peuvent être victimes les homosexuels et les bisexuels. Ces associations sont composées de lesbiennes, de gays, de bisexuels, et de parents et proches d'homosexuels et de bisexuels (voir : <http://www.asso-contact.org/>). *Contact* est en lien avec l'ONG *Parents, Families & Friends of Lesbians & Gays* (PFLAG) qui regroupe plus de 200 000 membres aux États-Unis.

Leur situation s'avère d'autant plus délicate que le contexte économique rend leur indépendance (économique et donc résidentielle) plus difficile à atteindre. L'âge moyen d'émancipation de la famille augmente régulièrement et dépasse maintenant 24 ans, ce qui provoque davantage le report de leurs premières expériences que dans le cas des hétérosexuels.

L'enquête de Stacey Horn (2006), ainsi que nos entretiens auprès de personnes appartenant à des minorités sexuelles (Firdion et Verdier 2003a), indiquent que le début de l'adolescence (14-16 ans) et les premières années de l'âge adulte sont pour les jeunes des périodes de grande vulnérabilité, pendant lesquelles ils sont confrontés à des blessures narcissiques et doivent affronter des deuils (du rapport fusionnel avec un parent, de l'hétérosexualité, du mariage...) ; quant aux parents, ils revivent parfois les tourments de leur adolescence à travers celle de leur enfant, et doivent accompagner une autonomisation du jeune parfois chaotique. Jay Paul et ses collègues ont estimé que 70 % des premières tentatives de suicide, parmi les gays et bisexuels masculins, ont lieu avant leur 25^e année (Paul *et al.* 2002). Lars Wichstrøm et Katrinn Hegna (2003) ont observé que 62 % des LGB norvégiens adultes ayant réalisé une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de leur vie avaient fait leur première TS peu de temps après avoir découvert qu'ils/elles n'étaient pas exclusivement hétérosexuels (soit en moyenne 14,8 ans pour les garçons et 17,4 ans pour les filles). Stephen Russell (2003) insiste sur la spécificité de cet âge pendant lequel la construction de son identité sexuelle, de genre, et l'élaboration de son orientation sexuelle vont dessiner des frontières floues entre les catégories et rendre ces jeunes plus vulnérables aux préjugés causés par une attitude hostile à l'homosexualité.

GENRE, HOMOPHOBIE ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Nous avons vu que les risques relatifs d'avoir un comportement suicidaire diffèrent selon le sexe. Il convient donc de distinguer selon le genre les processus à l'œuvre chez les plus jeunes, afin de mieux comprendre comment (et dans quel contexte) l'orientation ou l'identité sexuelle intervient dans l'étiologie du suicide au cours de l'adolescence ou du début de l'âge adulte.

Les garçons : masculinité et affirmation de soi

Dans le cas des garçons, l'homophobie n'est pas seulement une menace d'agression (manifeste ou potentielle), elle joue aussi un rôle dans la construction de la masculinité. Elle participe au processus de rejet/refus du féminin et d'adhésion à une image de l'homme idéal répondant aux stéréotypes de virilité. Cette construction est renforcée par une forme de contrôle exercée par le groupe de pairs et les aînés, ainsi que par eux-mêmes. En conséquence, cette forme de contrôle met en permanence les garçons en péril vis-à-vis de leur statut sexuel et donc social, fragilisant particulièrement ceux qui sont les moins aptes à ce conformisme. Précisons que ce phénomène peut jouer indépendamment de l'orientation sexuelle véritable ; une enquête de la *National*

Coalition of Anti-Violence Programs menée en 2006 auprès des établissements scolaires américains établit que 10 % des victimes d'agressions homophobes se déclarent hétérosexuelles (Patton 2007). Pour de nombreux auteurs, l'élaboration de la masculinité ne se fait pas tant en intégrant des capacités nouvelles qu'en luttant contre une partie de soi perçue comme relevant du « féminin » (la douceur, la tendresse, la sensibilité, les larmes...). Cette mutation difficile relève de la mutilation et conduit souvent à rejeter cette part chez les autres pour mieux s'affirmer comme mâle (et dévaloriser les filles, tout en les courtisant, pour démontrer son altérité vis-à-vis du monde féminin). Selon ce mode de pensée, les traits distinctifs entre filles et garçons constituent des différences de nature ; ne pas les respecter viole les principes fondamentaux de perception du monde social, et donc de l'ordre social.

Les garçons qui manifestent des traits relevant du féminin (allure efféminée, précieuse, attitude trop studieuse) ou qui sont considérés, à tort ou à raison, comme ayant des comportements homosexuels sont particulièrement la cible des agressions homophobes (Friedman *et al.* 2006, Savin-Williams & Ream 2003). La norme est donc le « *no sissy stuff!* » (rien d'efféminé !), aussi bien vis-à-vis des adultes (enseignants...) que des pairs et des élèves plus âgés. Là se joue semble-t-il l'identité de genre, avant l'identité sexuelle (Pollack 1999). La conquête de la masculinité requiert un effort constant de la part du garçon qui n'adhère pas spontanément aux stéréotypes de genre, sinon il risque 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 caractère crucial de cette faillite identitaire chez les adolescents peut être rapproché de l'importance du sexuel durant la puberté, causée notamment par l'augmentation du taux d'hormones sexuelles qui quadruple au cours de cette période chez le garçon (il double chez les filles). Ces jeunes vont se « modeler » suivant les stéréotypes dominants, et pour cela ils abandonneront (temporairement ou non) une part d'eux-mêmes qui ne correspond pas au modèle, comme la sensibilité et l'expression de l'affection. Le garçon 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, de libération de son potentiel individuel, accompagnée d'un discours du droit à la différence. De l'autre, il subit la pression de la norme hétérosexuelle hors de laquelle il lui semble qu'il ne peut exister dans son groupe familial comme dans son groupe de pairs (Neyran 1999).

Les adolescents qui ne s'inscrivent pas dans la norme du groupe vont développer des stratégies de survie, qu'ils soient ou non identifiés ou stigmatisés comme gays, mais ces stratégies sont fragiles (Carragher & Rivers 2002, Mendès-Leite & Proth 2000).

Les filles : contrôle social et épanouissement individuel

La non-visibilité du lesbianisme (Malinsky 1997), son caractère encore souvent impensé et impensable dans les approches courantes de l'homosexualité, sont

des obstacles au dévoilement et à l'élaboration de modèles positifs et, en ce sens, au développement harmonieux de la jeune homosexuelle ou bisexuelle. En effet, en l'absence de modèles alternatifs au cours de leur jeunesse, ces femmes sont exposées sans contrepartie aux modèles sexuels et familiaux majoritaires. Or, en population générale, l'établissement d'une relation de couple monogame et stable, ainsi que la constitution d'une famille, représentent, pour tous mais plus spécialement pour les femmes, les horizons indépassables de la vie sexuelle et affective (Giami & Schiltz 2004). Cette invisibilité du lesbianisme « réel » s'oppose d'ailleurs à la présence quasi systématique de séquences érotiques lesbiennes dans les films pornographiques hétérosexuels, scènes qui n'ont pour autre signification que d'agrémenter un voyeurisme masculin (Verdier & Firdion 2003, p. 153). Dans ce contexte, les lesbiennes doivent affronter l'injonction sociale de se marier et de porter un enfant. Cette injonction est plus ou moins forte selon les cultures. À cela s'ajoutent des limites d'âge différentes imposées par les temps sociaux et biologiques à partir desquelles les femmes se trouvent dans des situations « résiduelles » qui peuvent les fixer dans une condition affective si ce n'est peu enviable, tout au moins minoritaire. Alors que la norme de la masculinité pèse lourdement sur les jeunes gays au moment de leur adolescence, il semble que les lesbiennes sont confrontées également, mais plus tard, à la norme d'une féminité qui s'impose au temps social de la mise en couple et de la maternité.

Pour toutes ces raisons, les filles ayant une orientation sexuelle hétérodoxe, en plus de l'opprobre possiblement lié à leur homosexualité, cumulent les états et les conduites en marge des situations et des comportements féminins conventionnels : sexualité avec un seul homme et maternité. Un ou plusieurs franchissements de ces limites les exposent à un risque accru de contrôles sociaux fermes voire violents, la multiplication des rappels à « l'ordre » pouvant conduire à une perception dépréciée de soi (Schiltz 2007).

Cette attente normative donne lieu de leur part à des stratégies d'éloignement précoce du groupe familial, afin de moins donner prise à cette pression (Verdier & Firdion 2003). Et, de fait, cette mise à distance entraîne un rétrécissement de leur environnement social, qui les fragilise. Tonda Hughes et ses collègues ont établi que, chez les lesbiennes, un âge jeune et un faible niveau d'éducation sont des facteurs de risque pour la détresse psychologique (Hughes *et al.* 2007) ; c'est aussi ce qu'observent Audrey Koh et Leslie Ross qui soulignent que les périodes de stress émotionnel les plus importantes se situent durant la jeunesse, et qu'un dévoilement récent (datant de moins de douze mois) à ses proches double le risque relatif de tentative de suicide, tandis que l'existence d'une relation sentimentale stable le diminue presque de moitié (Koh & Ross 2006). Kathleen Malinsky a interrogé 27 adolescentes et jeunes adultes américaines (15-21 ans) se déclarant lesbiennes ou bisexuelles : ces jeunes filles déclarent souffrir surtout du tabou touchant l'homosexualité féminine et de l'isolement (Malinsky 1997). Les conséquences sont dans ce cas une baisse des performances scolaires et l'abandon plus fréquent des études.

À l'âge adulte, les femmes homosexuelles semblent bénéficier d'un soutien social moins important que les femmes hétérosexuelles du même âge et

présenter davantage d'idéations suicidaires (Julien *et al.* 2008) ; plusieurs auteurs soulignent aussi qu'elles sont moins bien suivies par le système de santé (Valanis *et al.* 2000, Hughes & Evans 2003). Ainsi, les entretiens avec les médecins et infirmières sont souvent jugés insatisfaisants par les jeunes lesbiennes qui se voient interrogées avec insistance sur leur moyen contraceptif, tandis qu'on ne les informe pas de manière pertinente sur les risques d'infections sexuellement transmissibles (Lehman *et al.* 1998, Saewyc *et al.* 1999). Bien souvent, elles ont des questions qu'elles n'osent formuler, craignant de révéler leur orientation sexuelle, et les politiques de prévention les touchent moins car elles sont plus rarement suivies par un médecin gynécologue. Ce moindre suivi médical prive ces femmes du support d'un professionnel de santé en cas de signe de détresse psychologique.

On pourrait penser que les lesbiennes subissent moins d'agressions et de harcèlement du fait de leur « invisibilité » et de l'acceptation sociale des gestes d'affection entre filles, mais elles s'y trouvent confrontées dès lors qu'elles refusent d'endosser les rôles assignés d'épouse et de mère, particulièrement dans certaines cultures. Du fait d'une injonction très forte qui leur est adressée par leur entourage de devenir mère, elles doivent fréquemment affronter l'hétérosexisme. À l'inverse des gays, la majorité des lesbiennes déclarent un premier rapport sexuel avec un partenaire du sexe opposé, ce qui semble aller dans le sens d'une contrainte vigoureuse du modèle sexuel dominant à leur égard (Herdt & Boxer 1993:208).

Le vocable de « lesbophobie » est parfois employé pour souligner qu'à la différence des homosexuels masculins, les lesbiennes sont exposées à la double violence symbolique qui s'exerce à l'encontre des femmes, mais aussi des homosexuelles, c'est-à-dire une double discrimination qui porte sur le genre et sur la sexualité. D'autres auteurs insistent, au contraire, sur le fait que les femmes homosexuelles vivent davantage que les gays dans deux mondes sociaux (notamment parce qu'elles commencent plus souvent une vie affective hétérosexuelle, et aussi parce qu'elles peuvent être mères) : le monde social dominant et, encapsulé dans celui-ci, la communauté gaie et lesbienne. Ceci peut renforcer chez elles une identité « duale », d'autant que des courants assimilationnistes recommandent aux lesbiennes de se conformer aux normes féminines conventionnelles car le coût social d'un *coming out* dans le monde hétérosexuel peut être élevé, surtout si elles sont mères (Fingerhut *et al.* 2005).

Quel que soit le point de vue adopté – pessimiste ou optimiste – la situation des femmes homosexuelles ne semble guère s'améliorer. Une étude comparant la situation des lesbiennes en 1985 et en 2005, en Norvège, a montré qu'il n'est pas plus facile d'assumer une vie de lesbienne aujourd'hui qu'il y a vingt ans (Giertsen & Anderssen 2007).

FACTEURS DE PROTECTION ET FACTEURS DE RISQUE

Nous avons déjà évoqué des **facteurs de protection** qui ne sont guère différents de ceux des populations hétérosexuelles (voir par exemple Chirita *et al.* 2000, Marcelli & Berthaut 2001) : des liens forts avec la famille, l'écoute et le


soutien d'enseignants ou d'autres adultes, l'engagement dans une relation de couple. Un autre facteur de protection important pour les jeunes LGBT est un univers scolaire et de loisir non menaçant (*safe school, safe playground*), c'est-à-dire des lieux dans lesquels le jeune circule en permanence et dans lesquels il doit pouvoir se sentir en sécurité (Eisenberg & Resnick 2006, Rivers & Noret 2008). Ainsi, chez les jeunes LGB anglais et gallois, avoir subi une agression physique double presque le risque de faire une TS (OR = 1,7), tandis que le harcèlement (*school bullying*⁴⁸) l'augmente de 40 % (OR = 1,4) (Warner *et al.* 2004). D'autres facteurs de protection plus spécifiques sont le fait d'avoir pris conscience de son orientation sexuelle précocement (Adams 2007) et d'assumer son orientation sexuelle, notamment en ayant la possibilité d'être « ouvert » envers un groupe qui peut témoigner de l'empathie (Radkowski & Siegel 1997, Scourfield *et al.* 2008). Toutefois, ce dernier facteur est discuté car il peut aussi augmenter le stress, du fait d'une exposition au risque plus grande pour les plus jeunes (D'Augelli *et al.* 2005, Iguarta *et al.* 2003, Rosario *et al.* 2006).

Les **facteurs de risque** sont : la consommation d'alcool, la dépression, le fait d'avoir subi récemment une agression, d'avoir subi des abus durant l'enfance, une faible estime de soi. La consommation de drogues est parfois avancée, mais l'étude de Vincent Silenzio et de ses collègues indique que dans les modèles avec interaction, cet effet disparaît dans le cas des personnes LGB, alors qu'il demeure significatif pour les hétérosexuels (Silenzio *et al.* 2007). Le fait d'être sans domicile est un facteur de risque important chez les jeunes homo-/bisexuels (encore plus que chez les jeunes sans domicile hétérosexuels, Cochran *et al.* 2002), tout comme celui d'être séropositif (Cochand & Bovet 1998, Mills *et al.* 2004). L'étude de Jay Paul et de ses collègues identifie plusieurs autres facteurs de risque spécifiques aux LGB (de moins de 25 ans) : le dévoilement (*coming out*) récent, surtout s'il est involontaire ; les harcèlements « antigay » durant l'enfance et l'adolescence ; la prise de conscience récente de son identité homo- ou bisexuelle ; une déception récente à la suite d'une première expérience homosexuelle (Paul *et al.* 2002). D'autres auteurs soulignent le risque lié au fait de présenter un comportement ou une attitude non conforme aux stéréotypes de genre (Pollack 1999, Savin-Williams & Ream 2003).

48. Le *bullying* est un néologisme anglo-saxon qui désigne une violence physique ou psychologique, perpétrée par un ou plusieurs agresseurs (*bully* ou *bullies*) à l'encontre d'une victime (*bullied*) dans une relation à long terme de domination. Il est caractérisé par l'usage répété de la violence physique, des moqueries et autres humiliations.



L'homophobie : une forme de sexisme ?



Malgré une meilleure perception des gays et des lesbiennes par la société, les personnes sexuellement attirées par des personnes de leur sexe restent surexposées à des agressions physiques mais, bien plus encore, aux agressions plus insidieuses que sont les mots qui font mal, les sentiments d'incomplétude⁴⁹ sociale et familiale, les soupçons d'immaturation affective, etc. L'étude de cette population confronte à une disqualification effectivement énoncée et ressentie, ou simplement éprouvée comme possible, qui peut faire hésiter le chercheur entre : 1) mettre l'accent sur les agressions, et considérer les membres de la minorité sexuelle comme *victimes* des dominants ; 2) valoriser les stratégies que déploient les personnes LGB pour dépasser ces contraintes et ces actes malveillants, c'est-à-dire souligner leur résilience (Meyer 2003a).

Il est souvent reproché à la première démarche de s'inscrire dans une logique de « victimologie » au sein de laquelle l'autre n'existe qu'en tant que victime (ou agresseur), renvoyant une amélioration de la situation à une transformation (parfois hypothétique) des rapports sociaux et à un renforcement de la loi condamnant les discriminations. Quant à la seconde démarche, qui pourrait s'appuyer sur des logiques d'*empowerment*, elle pêcherait à la fois par excès d'individualisme (en négligeant d'afficher la volonté de transformation plus globale du système social) et par excès d'optimisme (car la résilience exige

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

des conditions de possibilité⁵⁰). Toutefois, ces deux approches présentent l'avantage de resituer l'homophobie dans le cadre plus large des discriminations (Meyer 2003b), de mettre l'accent sur les situations ambivalentes dans lesquelles se trouvent parfois les jeunes LGBT (qui peuvent éprouver à la fois dégoût et fierté vis-à-vis de leur singularité, être à la fois victime et agresseur) et de souligner l'importance d'agir sur un environnement hostile (Scourfield *et al.* 2008).

Certains chercheurs insistent sur la notion de préjudice (*sexual prejudice*, Herek 2004) qui met l'accent sur les événements négatifs subis ou craints, l'homophobie agie ou intériorisée qui sont autant de « stresseurs » (d'où la notion de *minority stress*), ce qui souligne autant la nécessité de soigner leur retentissement psychique que celle de lutter avec l'ensemble de la société pour qu'ils disparaissent (Bowers & Plummer 2005, Meyer 2003a). Enfin, d'autres courants de pensée (exprimés notamment par Mary Guindon et ses collègues) se centrent au contraire sur l'homophobie en tant que telle, en la considérant comme une réaction phobique particulière, susceptible de mener à des actes violents et antisociaux pouvant occasionner des préjudices graves à des segments de populations⁵¹. Il est souvent reproché à ces courants de « pathologiser » l'homophobie et de négliger la lutte pour réformer des structures sociales injustes qui pèsent sur les minorités sexuelles, ce dont ils se défendent en avançant que l'encouragement adressé aux professionnels de la santé mentale à combattre l'intolérance (homophobie, racisme, sexisme, etc.) ne dispense pas de combats à plus large échelle visant à donner toute leur place aux populations victimes de discrimination dans notre société (Guindon *et al.* 2003).

Il nous semble que les niveaux individuels comme les niveaux structurels sont à prendre en compte car ils sont souvent intriqués ; l'anxiété due à un contexte homophobe peut par exemple inciter à consommer davantage de substances psychoactives (Espelage *et al.* 2008). Un dispositif de lutte contre les comportements suicidaires et de prise en charge de la souffrance psychique des minorités sexuelles se doit donc d'agir sur les individus (soins, sensibilisation, formation, soutien) et sur les institutions (familiales, scolaires, politiques, de santé, etc.), en s'appuyant au besoin sur les concepts de préjudices et de psychopathologie de l'intolérance sociale dans ce cadre multidimensionnel. Il convient de rappeler que les personnes transgenres sont à inclure dans les minorités sexuelles à prendre en compte, avec les spécificités propres à leur situation du point de vue de la santé (Flynn 2001, Lombardi 2001), mais aussi du point de vue de la perception sociale d'une double confusion des genres qui peut entraîner un double rejet (identité sexuée et identité sexuelle, cf. Verdier & Firdion 2003).

50. Ionescu 2006, p. 37-43 ; Cyrulnik 1999.

51. Murphy 2006. Certains auteurs s'interrogent d'ailleurs sur le fait que des troubles de la personnalité, provoquant moins de préjudices que les différentes formes de discrimination, figurent parmi les catégories de psychopathologies admises par les professionnels de la santé mentale (Guindon *et al.* 2003).

L'HOMOSEXUEL(LE) : UN BOUC ÉMISSAIRE

Les stéréotypes homophobes alimentent « *une conception hiérarchisée et sexiste de la sexualité* » (Tamagne 2002). Ils s'opposent à « la confusion des genres », et contribuent ainsi à définir et à maintenir les frontières sexuelles (hétéro/homo) et de genre (masculin/féminin). Tout stéréotype a pour fonction de fournir à un individu des référents qui déterminent sa situation dans la société et le rassurent sur sa place et son rôle, notamment en désignant l'a-normal (cet autre qui se positionne en marge de la société) et le normal (qui n'est autre que soi, renvoyant à l'entre-soi). Cela a pour effet de désigner le groupe de ceux qui ne sont pas dignes de compassion ou de solidarité par des expressions qui évoquent souvent les ennemis ancestraux de chaque peuple (en Europe, du ^{x^e} au ^{xix^e} siècles, l'homosexualité a été désignée tour à tour en termes de « goût arabe », « vice français », « vice allemand », cf. Tamagne 2002).

En période de crise, les minorités sexuelles peuvent devenir des boucs émissaires, c'est-à-dire ceux par qui le malheur arrive, et dont le sacrifice permet de réconcilier la communauté avec elle-même. En rompant tout lien social avec eux, on renforce les liens sociaux unissant le groupe majoritaire mis en péril par celui (ou ceux) qui s'écarte(nt) de la norme, avec cette idée que le groupe social dépose son fardeau moral sur la victime bouc émissaire⁵². On le voit, devenir bouc émissaire contribue à l'isolement, avec un fort sentiment d'hostilité à son encontre (Verdier 2007). Parce que, notamment, elle n'est que rarement contrée par la solidarité familiale, l'homophobie fait partie des discriminations qui isolent, par opposition à celles qui peuvent fédérer (Verdier 2006).

On trouve trace de ce phénomène, par exemple dans le discours du révérend Jerry Falwell, après le 11 septembre 2001, qui accusait les gays et les lesbiennes (ainsi que les féministes, etc.) d'avoir contribué, par leur style de vie « alternatif », à la survenue de l'attaque de Ben Laden contre les *Twin Towers* (cité in Rivers & Carragher 2003). En France, s'il y a moins d'attaques frontales, elles se font plus insidieuses, comme celle du docteur Jean-Paul Guyonnaud prétendant montrer combien l'homosexuel, lorsqu'il est « arrogant, agressif, revancharde »⁵³, « manipule l'opinion » en parlant d'homophobie. « *Doit-on admirer l'astuce, l'intelligence ? L'homosexuel se défend en disant que c'est l'autre – l'hétérosexuel – qui est malade* » (Guyonnaud 2003, p. 76). L'auteur suggère ainsi que l'homosexuel est le véritable « malade », et que l'homophobie ne doit pas engendrer de culpabilité car la masculinité se construit sur la haine des homosexuels. « *Renforcer l'homophobie est donc un élément essentiel du caractère masculin* » (p. 77). Ce texte va même, d'une manière surprenante, jusqu'à inverser les rôles : « *Si les homosexuels dénigrent tant les hétéros, c'est pour tenter de tenir à distance ce qui les menace de l'intérieur. Et ils se servent des hétéros comme*

52. Girard 1978

53. Selon lui, les autres homosexuels « *méritent notre respect et notre aide* », ce qui ne l'empêche pas, à la page 77 de son livre, d'exposer « *le raccourci suivant qui s'applique à beaucoup de gens : (...) être homosexuel implique de détester, sinon de mépriser les hétéros* ».

de boucs émissaires. » Selon cet auteur, le rejet du « pédé » serait donc le prix à payer pour que les hommes soient des hommes ; il ne s'agirait pas alors de persécution, mais d'une « saine réaction ».

HOMOPHOBIE, SEXISME : UN MÊME REJET DU FÉMININ

Une des particularités de l'intolérance à l'homosexualité, nous venons de l'évoquer, réside dans son lien avec la construction sociale des genres qui repose encore en partie sur le mépris du féminin. Homophobie et féminophobie (définie ici comme un rejet du féminin) participent de l'ordre sexuel dans lequel les rapports sociaux de sexe correspondent à une hiérarchie des genres, des sexes, des comportements sexuels et des sexualités. Il nous semble intéressant, notamment pour penser la prévention, de replacer l'homophobie dans le cadre du sexisme.

Si de jeunes hétérosexuels peuvent aussi être victimes d'agressions homophobes, cela signifie que la stigmatisation porte moins sur la sexualité effective des individus que sur des traits apparents et des comportements qui sont jugés comme transgressant les normes de genre (certains traits peuvent être perçus dès la petite enfance). Un chercheur a étudié le sentiment de solitude et les idées suicidaires durant l'adolescence sur un échantillon d'adultes (LGB et hétérosexuels) de Californie (Harry 1983). Il a observé que les personnes qui avaient eu, durant leur enfance, des comportements ne correspondant pas aux stéréotypes de genre (dans le domaine des jeux et des activités sportives) avaient été plus souvent solitaires et avaient davantage éprouvé des idées suicidaires, que ces personnes appartiennent ou non à des minorités sexuelles à l'âge adulte, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes. Ses observations rejoignent celles portant sur les personnes qui s'interrogent sur leur sexualité et sur leur orientation sexuelle (voir p. 56-57). Ce qui semble donc en jeu dans les relations sociales à cet âge, c'est le maintien de la distinction entre les sexes et les comportements sexués, distinction sur laquelle s'appuie en général la domination du masculin, et la dévalorisation du féminin. Les entretiens auprès de jeunes qui agressent un camarade par des injures homophobes montrent que, dans leur esprit, leur action est moins en lien avec le comportement sexuel effectif du collégien qu'avec des codes sexués qu'il leur faut imposer pour affirmer/confirmer leur statut de genre (Rey & Gibson 1997, Plummer 1999). Comme le soulignent Gilbert Herdt et Theo van de Meer (2003) : « *L'homophobie (...) est une arme du sexisme et, comme l'hétérosexisme, un autre moyen de sujétion des femmes en essayant d'éradiquer tout ce qui peut être considéré comme féminin chez les hommes* » (p. 99-100).

En avril 2007, des préadolescents de 13 ans ont été arrêtés à Santa Claus (Alaska) pour avoir complété un massacre dans leur collège (*junior high school*) ; pour la même raison, des adolescents de Riverton (Kansas) furent arrêtés. Ces événements se situaient à la veille du septième anniversaire de la fusillade du lycée de Columbine. Des chercheurs se sont penchés sur ce phénomène des *random school shootings*. Au-delà des spécificités américaines (large diffusion des armes à feu dans les familles, mythe de la violence légitime attaché

à la construction de la nation), Michael Kimmel et Matthew Mahler (2003) ont souligné que la majorité des garçons auteurs de ces massacres étaient désignés par les témoins comme ayant souffert auparavant de harcèlement « anti-gay », d'agressions de nature homophobe ou mettant en cause leur masculinité. Baignant presque toujours dans un milieu conservateur ou puritain, ces jeunes auraient choisi de faire cesser leurs tourments en recourant à ce qui était pour eux la meilleure démonstration de virilité : la violence avec des fusils et des armes de guerre. Il semble apparaître, dans ces cas extrêmes, une interaction entre l'effet des persécutions quotidiennes et la construction de l'identité (de genre et sexuelle) chez ces adolescents (Van Woormer & McKinney 2003).

Les conséquences de l'homophobie – qui agit sur soi, à son corps défendant, et sur les autres – concernent aussi bien les hétérosexuels exclusifs (la situation majoritaire ou dominante) que les minorités sexuelles (les « dominés »), aussi bien les hommes que les femmes. Le fondement de l'homophobie reposerait moins sur le rejet de « l'homosexuel » que sur le rejet de « la confusion des genres » (Castañeda 1999).

LA NON-CONFORMITÉ DE GENRE, FACTEUR DE RISQUE PENDANT L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE

Dans le cas des jeunes (enfants, adolescents et jeunes adultes des deux sexes) qui ne se conforment pas aux stéréotypes de genre (qu'ils soient ou non attirés par des personnes de même sexe), nous avons vu que leur perception par les autres est souvent négative, car ils brouillent les frontières de genre, de sexe, de sexualité. Parmi ces jeunes personnes, certaines refusent de calquer leur comportement sur les rôles assignés (masculin et féminin), sans pour autant s'interroger sur leur identité sexuée ; d'autres éprouvent une grande détresse par rapport à leur identité de genre (*gender dysphoria*) ou leur identité sexuée (« Suis-je un garçon ou une fille ? »). Ces situations favorisent les symptômes suicidaires et la désespérance (*hopelessness*), du fait du malaise ressenti et de l'isolement dû à un faible soutien de la part de la famille et des pairs, alors que ces soutiens auraient été facteurs de protection contre les comportements suicidaires (Fitzpatrick *et al.* 2005).

Ce phénomène semble avoir un fort impact sur les jeunes de sexe masculin qui se trouvent davantage confrontés à l'homophobie et au *bullying* (Friedman *et al.* 2006, Plummer 1999, Saewyc *et al.* 2004, Sandfort *et al.* 2007) et présentent alors davantage de risques de suicidalité et de consommation de drogues (Bontempo & D'Augelli 2002). Ces jeunes ne sont (ou ne deviennent) pas forcément homosexuels ou bisexuels, mais les jeunes LGBT présentent plus fréquemment que les jeunes hétérosexuels des comportements non conformes à leur genre⁵⁴, ces traits apparaissant dès la période de latence (Rieger *et al.* 2008).

54. Même si ces comportements demeurent minoritaires parmi les LGBT (Skidmore *et al.* 2006).

Anthony D'Augelly et ses collègues ont observé que les tentatives de suicide chez les jeunes des minorités sexuelles étaient non seulement liées à un dévoilement (volontaire ou non) précoce vis-à-vis des proches, mais aussi au fait de manifester un comportement « genré » jugé « atypique » par les parents, et d'avoir subi des pressions de la part de ceux-ci pour changer ces comportements (D'Augelly *et al.* 2002, D'Augelly *et al.* 2005). Des liens ont aussi été établis, d'une part entre la non-conformité de genre et les phénomènes de harcèlement ou d'agressions en milieu scolaire, d'autre part entre les tentatives de suicide et ces préjugés (Friedman *et al.* 2006, Huebner *et al.* 2004). La manifestation de caractéristiques visibles considérées comme appartenant au sexe opposé (garçon efféminé, fille garçonne ou *butch*⁵⁵) augmente donc le risque de harcèlement et d'agressions homophobes, accroissant le « *minority stress* » des LGBT. Cela peut conduire ces jeunes au repli sur soi, ou à l'inverse les pousser vers différentes stratégies : soit une stratégie de l'outrance, plus répandue chez les garçons (le garçon va souligner/exagérer son atypicalité et devenir « la folle de service », ce qui lui permettra de s'allier les sympathies de certains de ses camarades par son rôle d'« amuseur public »)⁵⁶ ; soit une stratégie de dissimulation (par exemple, chez les garçons, le jeune va masquer sa non-conformité en multipliant les démonstrations de bravoure et de prise de risque, en devenant le « parfait garçon », parfois même leader de sa classe ou de son équipe de sport) ; soit enfin une stratégie d'acceptation de son orientation sexuelle et de rébellion : le jeune va assumer sa différence et s'opposer à ses persécuteurs, il adoptera la figure du « rebelle » face à ses pairs et aux adultes (Verdier & Firdion 2003). Cette dernière stratégie est bien entendu la plus rare, la seconde (la dissimulation) étant la plus courante lorsque le jeune parvient à contrôler suffisamment son comportement. Ces stratégies ont cependant un coût psychique et physique souvent élevé, surtout à long terme (Carragher & Rivers 2002, Rivers & Carragher 2003). Plusieurs équipes de chercheurs ont mis en évidence la forte prévalence d'anxiété parmi ces populations (Gilman *et al.* 2001, Patchankis & Goldfried 2006).

QUELQUES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE SPÉCIFIQUES AUX MINORITÉS SEXUELLES

Nous avons observé que les premières manifestations de comportements suicidaires interviennent très tôt dans la vie des personnes LGBT. C'est la raison pour laquelle nous avons détaillé les phénomènes en jeu dès la jeunesse et les facteurs qui interviennent pour aggraver ou atténuer les détresses ressenties. Ce constat ne signifie pas que toutes les personnes homo-/bisexuelles vivent ou ont vécu des situations dramatiques. Il s'agit, dans les travaux évoqués, d'approches probabilistes du risque de connaître tel événement, et celui-ci

55. À l'origine, le mot « *butch* », abréviation de « *butcher* » (boucher en anglais), désigne un homme particulièrement viril. Il s'emploie maintenant pour désigner les lesbiennes « masculines ».

56. Tel le fou du roi, le jeune peut alors se permettre d'énoncer tout haut ce que les autres pensent tout bas au sujet des adultes par exemple, et des enseignants en particulier (Verdier & Firdion 2003).

apparaît nettement plus élevé pour les minorités sexuelles (sans pour autant être certain pour chaque individu). Il faut cependant garder à l'esprit que, durant la période de l'adolescence, l'identité sexuelle et l'orientation sexuelle sont en cours d'élaboration ou de développement, ce qui nuance la notion de « minorité sexuelle » que nous avons employée et nécessite d'élargir nos réflexions à l'ensemble des personnes concernées par ces phénomènes de stigmatisation et de discrimination. De façon générale, en effet, pour les jeunes qui se questionnent sur leur identité, leurs attirances ou leurs comportements sexuels, le fait de grandir dans une culture qui n'est pas bienveillante (au mieux) ou qui est hostile (au pire) vis-à-vis des minorités sexuelles ou des personnes ne se conformant pas aux stéréotypes de genre, est une source d'anxiété et de stress importante qui peut avoir des conséquences graves en termes de comportements suicidaires (Russell 2003).

Les actions de prévention et les interventions en direction des jeunes LGBT s'appuieront sur les éléments qui ont été identifiés comme renforçant ou, au contraire, diminuant les comportements suicidaires. Nous rappelons ici brièvement ces éléments.

Les facteurs de risque (spécifiques) à prendre en compte sont les suivants :

- un manque de soutien de la part de la famille qui peut rester attachée à des préjugés (culturels, religieux...) et peut manquer de connaissances sur ce sujet ;
- une difficulté à chercher et à trouver de l'aide auprès des amis, parce que cette singularité est souvent perçue comme une « différence honteuse »⁵⁷ ;
- des comportements « atypiques » (éloignés des comportements stéréotypiques de genre) qui sont plus fréquents chez les minorités sexuelles, mais qui peuvent exister chez les hétérosexuels ;
- la période du *coming out*, surtout si ce dévoilement est précoce et involontaire, qui est une période de forte vulnérabilité à cause des rejets pouvant alors se manifester de la part des proches ;
- une entrée dans la sexualité souvent plus brutale et avec prises de risques, ce qui n'est pas sans répercussions sur le bien-être.

Les facteurs de protection à renforcer ou sur lesquels s'appuyer sont :

- le soutien de la famille, à condition que celle-ci puisse l'offrir ;
- le soutien des pairs et des adultes (vus comme des modèles positifs) ;
- l'acceptation de soi (*self-acceptance*) qui regroupe l'estime de soi, l'acceptation et la revendication de son identité sexuelle (*self-esteem and comfort with sexual identity*).

57. Goffman 1963.



Exemples de dispositifs et pistes pour l'action

QUELQUES EXEMPLES DE DISPOSITIFS

À l'étranger

Aux **États-Unis**, de nombreuses associations ont vu le jour depuis les années 1980, en plus des initiatives déjà décrites (voir p. 56-57) réalisées à Los Angeles et New York pour venir en aide aux jeunes LGBTQ en liberté conditionnelle, fugueurs ou sans domicile.

*The Trevor Hotline*⁵⁸ assure en permanence une ligne d'écoute pour les jeunes en crise suicidaire se questionnant sur leur orientation sexuelle, ainsi que des aides et des supports pédagogiques (film, guide de l'éducateur) pour les adultes avec qui ils sont en contact.

L'organisation *Safe Schools Coalition* mobilise un vaste réseau de bénévoles qui accueillent et soutiennent les jeunes victimes de violence ou de harcèlement liés à leur identité sexuée ou leur identité sexuelle⁵⁹. L'organisation intervient auprès des établissements et des autorités (signalement, alerte, formation). Elle produit également des documents et des rapports pour sensibiliser les parents, les jeunes et les professionnels, parmi lesquels on peut citer

58. Le Trevor Project, du nom du film *Trevor* (film retraçant la vie d'un préadolescent gay, réalisé en 1981 et qui remporta l'*Academy Award Best Live Action Short* de 1994, <http://www.thetrevorproject.org/home1.aspx>). Cette association propose un soutien téléphonique permanent.

59. *Safe Schools Coalition* vise à apporter un soutien aux « *gay, lesbian, bisexual, transgender, and intersex youth* ». Cette organisation favorise également l'accueil des enfants de familles homosexuelles dans les établissements scolaires, <http://www.safeschoolscoalition.org/safe.html>

les références suivantes : *Understanding Anti-Gay Harassment and Violence in Schools*, 1999 ; *Bullying Report*, 2003, en coédition avec la *Washington State Parents and Teachers Association*.

Project 10 est un programme de prévention du suicide, de la consommation de produits psychoactifs et du VIH/sida, qui s'adresse plus particulièrement aux adolescents des minorités sexuelles. Il organise des actions en milieu scolaire (« *Addressing lesbian and gay issues in our schools* »), anime un réseau de bénévoles (les vigiles) qui assurent le signalement des cas qui leur sont rapportés et les interventions auprès des autorités⁶⁰.

D'autres initiatives proviennent de professionnels, comme ces professeurs d'école d'infirmière qui ont réalisé un guide à l'intention des personnels soignants en contact avec les jeunes lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels et ceux qui se questionnent sur leur identité (LGBTQ)⁶¹, de façon à ce qu'ils/elles intègrent les problèmes spécifiques des jeunes des minorités sexuelles et se préoccupent de leur bien-être.

L'Association nationale américaine des psychologues scolaires (NASP)⁶² a mis au point un programme d'éducation auprès des auteurs d'agression homophobe, tandis que Hillias Martin Jr et James Murdock ont élaboré un guide destiné aux bibliothécaires afin de les mettre en situation de répondre aux attentes des jeunes LGBTQ (Keilty 2007).

L'association des parents et enseignants de l'État de Washington (WSPTA), avec la *Safe Schools Coalition*, a émis des recommandations⁶³ à l'intention des établissements scolaires pour lutter efficacement contre le *bullying* et les discriminations fondées sur « la race, la couleur, la religion, les ancêtres, l'origine nationale, le genre, l'orientation sexuelle, le handicap mental ou physique » ; il y est notamment mentionné la nécessaire formation des conducteurs de bus scolaires et des personnels des cantines (en plus des professionnels déjà cités) et l'importance de promouvoir la résolution non violente des conflits (Hafner 2003).

À Boston, le département de la santé publique a développé un partenariat avec les associations LGB et les services de soins, de façon à répondre aux problèmes de soutien et d'accès aux soins de ces populations.

Il existe d'autres actions dans divers pays (Australie, Canada, Irlande, Allemagne, Pays-Bas...), mais nous n'aborderons ici, à titre d'exemples, que les cas du Royaume-Uni et de la Belgique.

Au **Royaume-Uni**, les ministères de la Santé et de l'Enseignement ont lancé un programme *Healthy Schools* visant à combattre les harcèlements et discriminations dans les établissements scolaires, en mettant en exergue la déclaration de l'archevêque sud-africain Desmond Tutu : « *Everyone is an insider, there are no outsiders – whatever their beliefs, whatever their color, gender or sexuality* »

60. Par ailleurs, *Project 10* participe aux campagnes pour le droit à des écoles sûres (« *The right to safe schools* »), <http://www.project10.org/>

61. Martha Moon et al. 2002.

62. http://www.nasponline.org/about_nasp/pospaper_glb.aspx

63. En s'appuyant sur le *Anti Harassment, Intimidation and Bullying Act* de 2002.

(Jennett 2004). Ce projet comporte des guides, des outils de formation, des conseils pour transformer par étapes le milieu scolaire ; il organise aussi un soutien aux enseignants qui luttent contre l'homophobie. En Irlande du Nord, la *Northern Ireland Rights Commission*, dans son rapport de 2001 (« *Enhancing the Rights of Lesbian, Gay & Bisexual People* ») entend lutter contre l'homophobie en développant les droits des minorités sexuelles ; cette commission a émis des recommandations pour le droit à la fécondation *in vitro* des lesbiennes, et pour la prise en compte de l'orientation sexuelle des personnes détenues en milieu carcéral.

En **Belgique**, l'initiative « Combattre l'homophobie : pour une école ouverte à la diversité »⁶⁴ de la ministre-présidente du gouvernement de la Communauté française de Belgique, Marie Arena, vise à lutter contre les discriminations sexistes et sexuelles en milieu scolaire.

En France

Les actions associatives

Depuis le début des années 2000, nombre d'associations et d'organismes ont développé, au niveau national ou local, des actions / outils / supports traitant du respect des différences et singulièrement de l'homophobie. Ces initiatives s'adressent surtout aux professionnels en contact avec les jeunes (enseignants, éducateurs, personnel médical, etc.).

Des actions de sensibilisation, de formation et de prévention agissant sur les discriminations au sens large, en y incluant l'homophobie, ont par exemple été menées sous l'égide de la Fédération Léo Lagrange⁶⁵ et de la Ligue des Droits de l'Homme⁶⁶. La Ligue française de santé mentale (LFSM)⁶⁷ a élaboré un programme « Discriminations vécues et craintes : des conséquences graves en termes de santé et de cohésion sociale », avec le soutien du ministère de la Santé, du ministère de la Justice et de la HALDE. La Ligne Azur⁶⁸ et Sida Info Droit ont publié en 2004 une brochure à destination des enseignants et de tous les professionnels travaillant auprès des jeunes (*L'homophobie : savoir et réagir*), qui rassemble informations, témoignages et ressources utiles. À cela il faudrait ajouter les outils de prévention du suicide chez les jeunes qui abordent la question du mal-être lié à l'homophobie comme, par exemple, le *Guide pour les parents, enseignants et éducateurs : difficile adolescence, signes et symptômes de mal-être*, de l'association Phare Enfants-Parents⁶⁹.

64. http://www.enseignement.be/index.php?page=23827&do_id=3220&do_check=

65. Programme d'action : « École sans racisme, pas de discrimination dans mon établissement ! »

66. http://www.ldh-france.org/docu_dossier2.cfm?iddoss=952&recherche=DISCRIMINATIONS

67. <http://www.lfsm.org/spip.php?rubrique78>

68. La ligne AZUR (0810 20 30 40, prix d'une communication locale – <http://www.ligneazur.org/>) est un dispositif d'écoute des jeunes s'interrogeant sur leur orientation sexuelle. Ses missions sont : 1) la prévention des conduites à risques relatives au VIH/sida, aux hépatites, aux infections sexuellement transmissibles et aux risques suicidaires auprès des jeunes se posant des questions sur leur identité / orientation sexuelle ou ayant des difficultés à la vivre ; 2) le soutien des proches et des professionnels confrontés à une personne se trouvant en difficulté par rapport à son identité / orientation sexuelle.

69. Paru en 2002, cet ouvrage préfacé par Xavier Pommereau traite succinctement des difficultés que rencontrent les adolescents attirés par les personnes du même sexe ; une prochaine édition permettra sans doute de développer cet aspect du mal-être des jeunes : <http://www.phare.org>

Différentes initiatives associatives ont également été lancées en milieu scolaire depuis le début des années 2000, comme la mallette pédagogique *Vivre ses différences, comment parler de l'homophobie* (élaborée par le centre LGBT Couleurs Gaies⁷⁰, elle a été testée par des enseignants).

Les actions de l'État

Le ministère de la Santé et des Sports, dans le cadre du plan « Santé des Jeunes » initié en 2008⁷¹, a prévu un certain nombre d'actions pour répondre aux besoins des jeunes les plus vulnérables. Certaines de ces actions visent à améliorer la prévention, le repérage et la prise en charge des jeunes présentant un risque suicidaire ; d'autres, de manière plus spécifique par rapport à l'objet de cet ouvrage, ont pour objectif de lutter contre la souffrance psychique liée à l'homo- / bisexualité chez les jeunes. Parmi ces dernières actions, confiées par les pouvoirs publics à l'Inpes, on peut notamment citer le(s) projet(s) *Jeune et homo sous le regard des autres* (voir encadré ci-dessous).

JEUNE ET HOMO SOUS LE REGARD DES AUTRES : UN CONCOURS DE SCÉNARIOS PROLONGÉ PAR UN OUTIL D'INTERVENTION

Dans le cadre du plan Santé des jeunes, le ministère de la Santé et des Sports et l'Inpes ont lancé en octobre 2008, avec le soutien du groupe Canal+, un concours de scénarios ouvert aux filles et garçons de 16 à 30 ans sur le thème de la prise de conscience de son homo- / bisexualité dans une société où persistent des discriminations.

Intitulé *Jeune et homo sous le regard des autres*, ce concours visait à :

- favoriser la prise de parole de jeunes qui subissent l'homophobie et en souffrent ;
- faire évoluer les représentations sociales sur l'homosexualité ;
- susciter une réflexion sur les conséquences graves que peut avoir l'homophobie.

Les synopsis proposés devaient traiter au moins un des sujets suivants :

- la prise de conscience de son homosexualité et son acceptation (ou non) ;
- l'annonce de son homosexualité à ses proches (parents, frères, sœurs) ;
- sa première déclaration d'amour à une personne du même sexe ou bien sa première relation amoureuse ;
- les relations avec les amis : dire ou non qu'on est homo, tenir des propos homophobes pour cacher la vérité, subir la pression du groupe à dévoiler son homosexualité ;
- la difficulté à vivre son hétérosexualité quand on est perçu comme homosexuel ;
- le regard des autres sur soi quand on se sent différent(e), comment faire pour se faire respecter et accepter au quotidien.



70. <http://www.couleursgaies.org/>

71. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/presentation-du-plan-sante-des-jeunes,474.html>

Plus de 900 participants ont écrit une histoire. Le jury, présidé par André Téchiné, a sélectionné les cinq meilleurs scénarios. Ils ont été adaptés et réalisés sous la forme de cinq courts métrages et diffusés en 2009 sur les chaînes du groupe Canal + et dans le réseau des cinémas Utopia (trente salles). Ils ont pu également être visionnés (et peuvent encore l'être) sur le site internet <http://www.leregarddesautres.fr>

Afin de prolonger cette action, l'Inpes a décidé de favoriser un accompagnement de ces courts métrages par des professionnels en proposant un outil qui permette de dépasser leur simple diffusion. Diffusé à partir d'avril 2010, cet outil, également nommé *Jeune et homo sous le regard des autres*, se compose d'un DVD regroupant les cinq courts métrages primés et d'un livret d'accompagnement. Il est destiné aux professionnels de la prévention, de l'éducation et de l'animation socioculturelle (centres de loisirs, centres de vacances) ou toute autre personne qui souhaiterait s'impliquer dans la réalisation d'actions de prévention de l'homophobie en direction d'adolescents et de jeunes adultes (de 11 à 18 ans).

Son objectif est de susciter des échanges et des questionnements sur les orientations sexuelles (dont l'homosexualité et la bisexualité) et les discriminations associées (dont l'homophobie). Si le public visé par une action réalisée à partir de cet outil est *a priori* plutôt constitué d'adolescents, une utilisation comme base de discussion entre parents, animateurs et/ou enseignants peut également être envisagée. Cet outil peut être consulté et commandé sur le site internet de l'Inpes : <http://www.inpes.sante.fr>

De son côté, le ministère de l'Éducation nationale a inscrit dans sa circulaire de rentrée 2009⁷² la lutte contre l'homophobie comme l'une des quinze priorités de ses grands axes d'action. Parmi les premières mesures mises en place, l'affichage du service d'aide à distance téléphonique et Internet Ligne Azur pour toute personne – quel que soit son âge – en questionnement sur son orientation / identité affective et sexuelle a été rendu systématique dans les lycées.

Quant au ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche, il a initié (sous la coordination de sa Direction générale de l'Enseignement et de la Recherche) un programme de lutte contre l'homophobie. Une des premières réalisations de ce programme a été la diffusion dans les lycées agricoles du DVD *Qu'en dira-t-on ?* contenant huit courts métrages servant à ouvrir le dialogue sur les différences.

DES PISTES POUR L'ACTION : PROMOUVOIR LE RESPECT, COMBATTRE LES DISCRIMINATIONS

Les recommandations qui suivent résultent de l'examen des conclusions des études évoquées précédemment et, plus indirectement, des expériences et des dispositifs existant à l'étranger et en France.

72. Ministère de l'Éducation Nationale. Circulaire n° 2009-068 du 20 mai 2009. Bulletin officiel n° 21 du 21 mai 2009 p. 2-11 En ligne : <http://www.education.gouv.fr/cid27581/mene0911464c.html>

Ces recommandations visent à prendre en compte de nombreux aspects du problème étudié, depuis sa prévention (au travers de la sensibilisation du public) et son objectivation précise (par la mise en place de moyens spécifiques, l'instauration de campagnes de prévention et d'information), jusqu'à la prise en charge des personnes victimes d'homophobie. Il s'agit de proposer, en plus des (ou au sein de) dispositifs déjà existants visant à combattre les risques suicidaires, des programmes de prévention et d'intervention qui répondent aux détresses particulières des personnes confrontées à l'homophobie et à l'imposition de stéréotypes de genre.

Nous avons mis un accent particulier sur les actions permettant de toucher un public jeune car la période de prise de conscience et de découverte de ses attirances sexuelles et de son orientation sexuelle, tout comme les effets d'un contexte particulièrement homophobe, exposent davantage ce segment de la population aux idées ou aux comportements suicidaires. Dans les lieux fréquentés par les jeunes (collège, lycées, clubs sportifs...), il est possible de mettre en place des actions fortes de lutte contre les discriminations de toutes natures et de promouvoir les compétences sociales de chacun pour le respect des différences (McCabe & Rubinson 2008). La prévention en direction des jeunes, dans le domaine sanitaire, requiert aussi des actions innovantes pour toucher des personnes en difficulté et en souffrance qui ne sont pas demandeuses de soin. Dans bien des cas, nous ne ferons que rappeler quelques spécificités à prendre en compte pour bien intégrer la question de l'homophobie aux dispositifs déjà mis en œuvre.

Le contexte, tant social que familial, est de première importance dans le cas du comportement suicidaire des jeunes (Smyth & MacLachlan 2005, p. 334). Plusieurs auteurs (par exemple, Fleischmann *et al.* 2005) insistent sur le fait que le seul traitement de la dépression chez les jeunes ne répond pas suffisamment à la gravité de la situation ; il convient d'adopter une stratégie de prévention qui soit compréhensive et s'attaque aux facteurs liés au contexte.

Que ce soit à la suite d'actes homophobes, par crainte de les subir, par peur de vivre la honte du dévoilement de leur homo-/bisexualité, ou à la suite d'un rejet (par leur famille, leurs amis, etc.), bien des jeunes se trouvent en danger de commettre une tentative de suicide. De ce fait, les politiques d'action et de prévention du suicide devraient intégrer les dangers qui découlent de ces formes de stigmatisation, en rapprochant sexisme et homophobie. Parallèlement aux indispensables actions pour s'opposer aux discriminations et à l'ostracisme qui touchent ces jeunes, il est important de s'appuyer, pour les mesures de prévention, sur les facteurs de protection que l'on peut identifier à partir des enquêtes sur échantillon représentatif. L'analyse de tels facteurs dans le cadre français est encore à approfondir.

Comme le rappelle l'association Amnesty International (1998), « *l'orientation sexuelle est une dimension essentielle de l'identité humaine et le respect de celle-ci doit donc être considéré comme un droit fondamental* ». Des manuels d'actions ont été publiés par des organismes internationaux comme *Human Rights Watch* (en 2001) et Amnesty International (en 2004), des recommandations ont été exprimées dans le cadre du département santé de la Commission des

Droits de l'Homme de l'ONU⁷³, par des organismes nationaux⁷⁴, des agences gouvernementales⁷⁵, des associations professionnelles comme les associations américaines évoquées page 74.

Tout en prenant en compte la détresse des LGBTQ, certains professionnels manifestent des réticences à participer, d'une manière ou d'une autre, à un mouvement pour la reconnaissance des droits des minorités sexuelles ; ils estiment qu'ils n'ont pas, dans le domaine de la santé ou de l'éducation, à prendre parti pour les revendications d'un groupe minoritaire. Cependant, le docteur Justin Richardson (1995) remarque que « *lorsque les intérêts de la santé publique rencontrent ceux des militants, comme c'est le cas pour le risque de suicide chez les jeunes gays et lesbiennes, se refuser alors à intervenir au nom de la neutralité ne peut que produire une politique de santé imparfaite et pauvre* ». Nous avons vu que des actions sont nécessaires pour répondre à ces situations de détresse qui touchent aussi bien les minorités sexuelles que les jeunes ne se conformant pas aux stéréotypes de genre. Pour cela, il convient de vaincre certains *a priori* et autocensures : « *Au nom de la laïcité et de la neutralité de l'école, l'enjeu des droits et besoins spécifiques des jeunes concernés par l'homosexualité est en quelque sorte escamotée* » (Lert 2003).

Soutenir les espaces d'expression

Afin de fournir aux jeunes les moyens d'exprimer leur mal-être, de partager leurs expériences et leurs interrogations (aussi bien sur les questions de discrimination que de sexualité et d'identité), des outils et des moyens existent déjà en France, comme les lignes d'écoute sociale (la Ligne Azur, par exemple, pour les plus jeunes, SOS Homophobie pour les adultes⁷⁶, l'association Contact pour les parents et proches de jeunes gays et lesbiennes⁷⁷) et les lignes d'écoute pour les suicidants et leurs familles. Il est important de soutenir ces dispositifs, de les aider à se développer et à atteindre plusieurs objectifs : écouter, diagnostiquer des cas de crise nécessitant une intervention rapide, rendre possible l'expression des difficultés et des souffrances rencontrées (mais aussi des expériences gratifiantes) ; favoriser, par le soutien de personnes compétentes, des stratégies de « coping » positives (Smyth & MacLachlan 2005).

Dans le cadre du développement d'actions de proximité, il serait pertinent de réaliser un état des lieux des actions et des ressources régionales portant sur l'homophobie et le risque suicidaire (de nombreuses initiatives locales existent mais restent méconnues et non évaluées). Il serait aussi intéressant de recenser les besoins et attentes exprimés par les acteurs locaux, communautaires ou généralistes. En s'appuyant sur les potentialités locales, l'intervention serait alors plus facile à mettre en œuvre et permettrait d'apporter des

73. Firdion & Verdier 2003b.

74. Hunt & Jensen 2007 et Scott *et al.* 2004 (en Grande Bretagne), Strong & Calahane 2001 (aux États-Unis).

75. Par exemple, Pinx & Tamagne 2006 (en Belgique), Jennett 2004 (en Grande-Bretagne).

76. <http://www.sos-homophobie.org/>

77. <http://www.asso-contact.org/>

réponses plus adaptées à la situation concrète des jeunes concernés par une discrimination. À un niveau plus global, ce bilan permettrait d'élaborer un référentiel de formations, d'outils pédagogiques et d'évaluation, ainsi que des conseils méthodologiques à leur intention.

On pourrait par exemple imaginer de créer dans les principales villes de France des espaces d'expression et d'échange ouverts à toutes les formes de discrimination, espaces où les jeunes et les adultes qui se sentent victimes ou qui vivent dans la peur d'affirmer leurs « différences » puissent se rendre sans craindre d'être étiquetés.

Communiquer spécifiquement sur l'homophobie et le sexisme

Les grandes campagnes de sensibilisation aux discriminations ne sauraient omettre d'évoquer l'homophobie et le sexisme. Une journée nationale sur le modèle de la Journée internationale contre l'homophobie (le 17 mai⁷⁸, Journée reconnue par plus de quarante États dont la France) serait l'occasion de promouvoir spécifiquement la lutte contre l'homophobie ; une attention toute particulière pourrait être portée au rappel de la loi et aux moyens permettant de porter plainte en cas d'agression et de harcèlement.

Former, sensibiliser

Une autre forme d'action incontournable serait à mener auprès des professionnels de différents champs (éducatif, sanitaire, social – en particulier le secteur de l'aide sociale à l'enfance –, judiciaire, policier et pénitentiaire), en les sensibilisant à la nécessité d'intégrer dans leur travail les questions de discriminations (racisme, sexisme et homophobie), sans négliger les conséquences éventuellement négatives que peuvent avoir ces disqualifications en termes de santé publique et de citoyenneté. Cette sensibilisation pourrait se faire aussi bien lors de la formation initiale que de la formation continue. Un second objectif de cette sensibilisation des professionnels pourrait viser les familles (Spriggs *et al.* 2007, Vincke & Van Heeringen 2002), de façon à renforcer leur soutien au jeune ou à les aider à mieux gérer les émotions nées de la découverte de l'identité sexuelle de leur enfant et à prévenir un rejet.

Les actions de promotion du bien-être psychique des jeunes produisent souvent des effets positifs par le seul fait d'exister et de manifester une prise en compte des inquiétudes et des souffrances des jeunes de la part des adultes impliqués professionnellement dans les domaines de l'éducation et de la santé (Clément & Stephan 2006, Jackson 1994). Cependant, l'homophobie et le sexisme engendrent des phénomènes spécifiques de domination, de stigmatisation et d'ostracisme sur lesquels il convient d'agir (Tharinger 2008). Mettre en place

78. Date de l'*International Day Against Homophobia* (IDAHO), <http://idahomophobia.org/wp/>

des actions auprès des jeunes et des professionnels en intégrant l'affirmation des droits et de la dignité des minorités sexuelles ne pourrait que bénéficier à tous, et contribuerait au développement d'un environnement social plus riche en compréhension et respect mutuels (Morris 1997). Pour cela, on pourrait s'appuyer sur les outils à destination des jeunes et des adultes développés par certains organismes comme la Fédération des Clubs Léo Lagrange, la Ligue des Droits de l'Homme et la Ligue française pour la santé mentale. Ces outils pourraient être améliorés et adaptés pour une diffusion à plus grande échelle (en s'appuyant sur les nombreuses expériences mises en œuvre en France et ailleurs⁷⁹).

Quels professionnels sensibiliser ?

■ Pour les **personnels de l'Éducation nationale**, une piste intéressante consisterait à inscrire, dans le fonctionnement des établissements scolaires et des centres de formation (IUFM⁸⁰ et futurs masters universitaires), l'identification des phénomènes de bouc émissaire – qu'il s'agisse d'un effet du racisme, du sexisme, de l'homophobie ou d'autres modes d'exclusion du groupe –, ainsi que la nécessité de les prévenir puis de les prendre en compte dans la vie scolaire ; cela pourrait également faire partie de la formation des délégués d'élèves et des missions du professeur principal, notamment dans le cadre des heures de vie de classe. Pour que ces mesures soient efficaces, un nombre suffisant de postes sociomédicaux (infirmières, assistantes sociales) dans les établissements scolaires (collèges et lycées) semble indispensable. Il serait également souhaitable de développer le temps de présence de ces professionnels dans chaque établissement (ils ont trop fréquemment en charge plusieurs structures éducatives à la fois), dans la mesure où il s'agit de personnes qui se trouvent bien souvent en première ligne pour signaler les cas de détresse.

■ Il serait par ailleurs intéressant de conduire une réflexion sur le rôle, la formation et le recrutement de « **psychologues en milieu scolaire** », distincts des actuels psychologues scolaires⁸¹. Une première piste concerne leur formation et qualification ; les personnels de l'enseignement pourraient s'appuyer sur des psychologues *cliniciens* (niveau Master 2) qui les aideraient à la résolution des conflits, des cas de harcèlement, et qui

79. On peut s'inspirer par exemple de l'exercice du *Pink Triangle* (Michigan University) : les étudiants doivent porter un triangle rose marqué du sigle LGB durant toute une journée et observer les changements dans les interactions avec leur environnement social (Chesler & Zúñiga 1991).

80. Des modules éducatifs portant sur le respect des différences et sur le renforcement de l'estime de soi ont été déjà développés par les IUFM en collaboration avec l'Inpes. Les outils développés par les associations évoqués p. 75-76 trouveraient bien leur place dans ces modules de formation ; plusieurs études anglo-saxonnes ont d'ailleurs souligné que le manque d'aptitude des enseignants et des psychologues scolaires à comprendre la situation des jeunes LGBTQ tenait moins à un manque de connaissances théoriques qu'à des attitudes inadéquates en situation et à une absence d'attitude « proactive » permettant de rendre le milieu plus tolérant (McCabe & Rubinson 2008, Burns & Hoffman 2008).

81. La fonction actuelle de psychologue scolaire requiert une licence de psychologie, une expérience de trois ans d'enseignement en tant que professeur des écoles, et un an de formation/stage ; un concours interne permet ensuite d'obtenir le diplôme d'État de psychologue scolaire (DEPS). Ces personnes ne peuvent faire usage du titre de psychologue qu'assorti du qualificatif « scolaire » (décret n° 90-255 du 22 mars 1990, version consolidée du 10 février 2005), ce qui a conduit l'Association française des psychologues de l'Éducation nationale à « *revendiquer une véritable formation en deux ans* [après la licence de psychologie] *validée par un Master permettant de créer un corps unique de psychologues, de la maternelle à l'université* » (30 juin 2007).

seraient compétents pour le diagnostic et le signalement des cas de détresse de jeunes, en travaillant en réseau avec les pédopsychiatres de secteur. La mission du psychologue en milieu scolaire serait différente de celle du psychologue scolaire (diagnostiquer un retard de développement mental ou une précocité, proposer une stratégie adéquate pour favoriser l'éducation des élèves en difficulté, collaborer au projet d'établissement), puisque ce professionnel de santé s'intéresserait au bien-être des élèves en travaillant en réseau avec les autres structures locales de soins (voir un exemple en encadré p. 83). De plus, son recrutement « extérieur » au corps des enseignants le situerait davantage du côté des jeunes que de l'institution, ce qui faciliterait la relation de confiance. Des postes à plein temps affectés aux groupes scolaires et pris en charge de manière multipartite (Éducation nationale, psychiatrie de secteur, ville ou communauté de communes...) contribueraient à une véritable prise en compte de ce problème de santé publique chez les jeunes.

■ Il pourrait aussi être utile de conduire une réflexion sur le remboursement des consultations des **psychologues en cabinet libéral** dans le cas de jeunes patients suicidaires, notamment dans les zones où les structures de soins sont engorgées, alors qu'il faut dans ces cas des interventions urgentes.

■ Dans le domaine de la prévention mais aussi de l'intervention, de nombreux dispositifs ont été mis en œuvre dans le champ de la santé en partenariat avec les **agents sociaux qui travaillent en lien avec les jeunes**. Nous en donnons quelques exemples dans l'encadré p. 83-84. En intégrant la question de l'homophobie et des stéréotypes de genre, ces dispositifs peuvent être des vecteurs importants de prévention (pour certains) et de soins (pour d'autres). De tels programmes montrent le dynamisme des professionnels de santé dans chaque région (il y en aurait beaucoup à citer), tout comme l'importance d'un travail en réseau qui peut se mettre en place grâce à des équipes motivées et volontaristes, ce qui est d'autant plus crucial que les structures de soins classiques (CMP, CMPP, BAPU...) sont trop souvent saturées.

■ Un autre axe d'intervention possible concerne les **bénévoles associatifs des milieux communautaires LGBT et des associations partenaires**, en lien avec les structures d'accompagnement de la souffrance : on pourrait par exemple former ces bénévoles au repérage des signes d'alerte, à l'évaluation de l'urgence suicidaire et à l'intervention de crise ; de telles formations seraient également l'occasion de tisser un réseau de vigilance sur les conséquences de l'homophobie intériorisée, et favoriseraient un travail interassociatif de proximité autour des personnes les plus vulnérables.

■ Enfin, nous avons déjà vu par ailleurs combien il était important que les **personnels de la protection de l'enfance**, tout comme les **personnels de la police et du milieu pénitentiaire**, soient informés et formés, de façon à saisir les difficultés spécifiques rencontrées par les jeunes LGBT et à leur assurer une égalité de traitement et des réponses appropriées, c'est-à-dire, notamment, qui ne les mettent pas en danger (Mallon & Wonoroff 2006).

Comment former à la prévention du suicide des jeunes ?

La prévention du suicide est un exercice délicat qui peut générer un certain nombre d'effets négatifs (tels que l'augmentation du sentiment de désespoir, des stratégies d'adaptation inadéquates, une attitude inappropriée face à l'aide à apporter à un pair...) aboutissant à des opinions défavorables face au programme de prévention. De tels effets délétères ont été relevés à l'occasion d'actions de sensibilisation chez certains groupes de jeunes, en particulier chez des jeunes ayant déjà fait une tentative de suicide ou chez les sujets masculins (Denoncourt *et al.* 1994 ; Kalafat et Elias 1994 ; Overholser *et al.* 1989 ; Shaffer *et al.* 1991 ; Vieland *et al.* 1991). Notre préconisation est davantage dirigée vers la prise en compte des souffrances psychiques et l'information concernant les phénomènes de discriminations et de bouc émissaire. Certaines pistes récentes sur la prévention du suicide chez les jeunes de population générale sont toutefois à intégrer également dans cette démarche de sensibilisation⁸².

QUELQUES EXEMPLES DE DISPOSITIFS EN DIRECTION DES JEUNES SUICIDANTS

Le docteur Sylvain Berdah, chef du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Robert Ballanger (**Aulnay-sous-bois**), a mis en œuvre, dès la fin des années 1980, des pratiques innovantes adaptées aux adolescents suicidants : une durée de séjour allongée, la création d'un espace dédié à l'écoute (espace hors famille et hors institutions scolaires), un travail en partenariat avec l'Éducation nationale et la ville d'Aulnay leur permettant d'aller à la rencontre des jeunes, la mise en place d'un soutien qui favorise la psychothérapie analytique^a. L'activité du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Robert Ballanger s'est ensuite étendue à une prévention hors des murs de l'hôpital : des permanences hebdomadaires dans quatre collèges d'Aulnay ont été mises en place (grâce à une convention tripartite entre l'hôpital, l'Inspection académique et la ville). Il s'agit, pour le psychologue recruté à cet effet, de rencontrer les jeunes avant qu'ils ne passent à l'acte. Il n'y a pas de suivi thérapeutique au sein de l'établissement scolaire mais un temps d'écoute individuel et confidentiel, qui peut donner lieu à une orientation vers un lieu de soin. Toujours dans les collèges, des groupes de parole « adultes » sont organisés mensuellement dans chaque établissement à destination des membres de l'équipe éducative qui le souhaitent. Tous les thèmes sont abordés : respect, pédagogie, souffrance...^b

Le docteur Vincent Garcin est responsable du pôle de psychiatrie publique de l'enfant et de l'adolescent au sein de l'EPSM-Lille-Métropole ; il y a créé en 2003 un dispositif spécifique de soins pour les adolescents de 12 à 18 ans (DSSA). Ce dispositif comprend : 1) une équipe mobile

a. Dreyfuss *et al.* 2000

b. http://www.apriles.net/index.php?option=com_sobiz&sobizTask=sobizDetails&catid=6&sobizId=1317&Itemid=95



82. Il s'agit, par exemple, de repérer les personnes à risque, de nommer et former des « sentinelles » dans les lieux scolaires, de mettre en réseau des professionnels de la santé, de l'éducation et du monde associatif (Julien et Laverdure 2004).

(pédopsychiatres, infirmiers, psychologues, assistants socio-éducatifs) qui s'engage à intervenir dans les 24 heures pour tout signalement d'adolescent en détresse psychologique par les partenaires (établissements scolaires, médicosociaux et médico-éducatifs); 2) un établissement d'hospitalisation classique (durée convenue avec l'adolescent et ses parents) ou d'hospitalisation le week-end (durant une certaine période, en général trois mois)^c. Le financement est entièrement hospitalier. Outre les deux médecins seniors et un interne, le dispositif emploie 3,2 équivalents temps plein pour deux psychologues, six infirmiers et une assistante sociale. Selon le docteur Garcin, « *ce mode d'intervention auprès d'adolescents relève d'une pratique qui offre maintenant la preuve de son efficacité, en renversant le principe de l'accès aux soins pour ceux-là même qui n'ont pas de demande explicite, bien que le besoin soit avéré* ».

À **Bordeaux**, le pôle aquitain de l'adolescent (centre Jean Abadie) prend en charge les jeunes de 10 à 25 ans, en articulant des prestations médico-psycho-sociales, éducatives et d'assistance juridique. Il s'agit donc d'une approche médicalisée à dimension pluridisciplinaire qui offre des soins diversifiés, et qui prend également en compte des besoins non médicaux des adolescents en souffrance. Ce pôle repose sur les équipes du Dr Xavier Pommereau et du Pr Manuel Bouvard, et s'appuie sur un réseau « loco-régional » constitué par des intervenants des champs sanitaire, socio-éducatif et judiciaire. Il comprend : une consultation polyvalente pour les 10-25 ans ; un service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent de quinze lits destinés aux 8-16 ans souffrant de dépressions sévères et de troubles graves des conduites ; une unité médico-psychologique de quinze lits destinés aux 14-25 ans ayant fait une tentative de suicide^d.

Dans le Calvados, à **Caen**, des professionnels de santé se sont réunis pour répondre au besoin d'évolution nécessaire des dispositifs de soins pour les adolescents en difficulté psychologique ; ils ont proposé la création d'un maillage entre les services de psychiatrie adulte, de pédiatrie, les acteurs de soins (médecins généralistes, infirmières scolaires...) et les intervenants médico-sociaux (assistantes sociales, éducateurs...). Cela a abouti à la création en 1998 de structures spécifiques pour adolescents : un lieu d'écoute et de consultation pour adolescents (12-18 ans) intersectoriel et départemental (EMPA) ; une unité d'hospitalisation de huit lits pour adolescents ; un foyer médico-éducatif pour les adolescents en rupture avec leurs proches^e. Ce dispositif s'est trouvé confronté très rapidement à un tel afflux de demandes que l'objectif de parvenir à proposer un accueil dans un délai n'excédant pas quinze jours s'est avéré impossible, malgré l'augmentation du temps soignant de l'équipe depuis l'ouverture.

c. Garcin *et al.* 2006

d. Pommereau 1998

e. Drieu & Genvresse 2003

Ainsi, dans le cadre général de la prévention du suicide, la solution que nous recommandons (en direction des jeunes dès le collège) est de mettre en place, outre les sessions de sensibilisation aux discriminations (dont l'homophobie et le sexisme), des programmes de promotion des habiletés d'adaptation. Ces programmes, ayant pour but de prévenir divers problèmes ou comportements à risques (tels que les différentes formes d'agressivité, la dépression, l'anxiété, la consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives, qui sont autant de conditions associées aux suicides), se sont révélés efficaces (Dumont *et al.* 2004, Pronovost *et al.* 2003). Des sessions sur les discriminations trouveraient

très bien leur place au sein de tels programmes. L'Inpes et le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips) ont édité un référentiel de bonnes pratiques sur les actions à mener en milieu scolaire en matière de comportements à risque et de santé (Bantuelle et Demeulemeester 2008). Cet ouvrage, qui s'appuie sur des travaux américains (Webster-Stratton & Taylor 2001), distingue les interventions en direction des jeunes, celles en direction de leurs parents ou d'autres adultes, celles en direction de la communauté (au sens américain) et celles en direction du milieu social. L'intérêt réside surtout dans les procédures de validation et d'évaluation promues dans l'ouvrage, procédures trop rarement employées en France.

Améliorer les connaissances

Une meilleure appréciation de l'étendue des atteintes aux personnes et aux biens dans le cadre des harcèlements et discriminations homophobes et sexistes nécessite un effort particulier.

Pour cela, les données récoltées anonymement pourraient être transmises aux COPEC (Commissions pour la promotion de l'égalité des chances et de la citoyenneté) et sur le plan national, centralisées et analysées dans un rapport annuel remis à la HALDE (Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité).

Il paraît indispensable que de véritables programmes de recherche sur ces phénomènes soient élaborés en France, aussi bien dans le domaine des sciences sociales que de la santé (Corliss *et al.* 2007). De tels programmes devraient être dotés de moyens humains et financiers en rapport avec les difficultés méthodologiques que nous avons évoquées, que ce soit pour mener des enquêtes quantitatives sur des échantillons nationaux représentatifs, ou pour mener des recherches-actions avec groupe de contrôle. Ces différentes approches pourraient être construites sur des problématiques centrées sur la question des comportements suicidaires (idéations suicidaires, TS), les différentes dimensions de l'identité et de l'orientation sexuelle (y compris chez celles et ceux qui se questionnent sur leur orientation sexuelle), les comportements sexuels présents et passés, en y ajoutant les attirances et les comportements « *cross gender* » passés et présents, les stratégies de « *coping* » et les relations avec la famille (parents, fratrie).

Il conviendrait en outre de focaliser certaines études sur des groupes particuliers – par exemple les femmes, les bisexuel(le)s et les jeunes –, de développer des méthodologies nouvelles permettant une analyse fine des groupes minoritaires en s'appuyant sur un groupe de contrôle⁸³. Un enjeu important réside dans l'identification de facteurs de risque et de facteurs de protection

⁸³. Ainsi, pour constituer un échantillon de lesbiennes avec un groupe de contrôle de femmes hétérosexuelles, Audrey Koh et Leslie Ross (2006) ont sélectionné des centres de soins qui comptaient plus de 30 % de lesbiennes dans leur file active. Dans ces centres, les questionnaires ont été distribués à toutes les femmes les fréquentant durant une période donnée. Des questionnaires ont également été transmis par les médecins aux lesbiennes fréquentant les autres centres de soins durant la même période. Dans une autre étude, ce sont les frères et sœurs de l'enquêté gay ou lesbienne qui ont constitué le groupe témoin (Balsam *et al.* 2005a, 2005b).

spécifiques aux minorités sexuelles, ainsi que dans l'élaboration d'une approche évaluative des mesures mises en œuvre.

Comme nous l'avons indiqué, il serait également pertinent d'intégrer, dans certaines enquêtes sur grand échantillon représentatif national (notamment celles centrées sur la santé et la citoyenneté), des items sur l'identité sexuelle/sexuée et la sexualité, les comportements suicidaires et les agressions homophobes ou sexistes, afin de pouvoir disposer d'estimations permettant d'objectiver le vécu des personnes LGBT (ou de celles qui sont considérées comme telles) et d'identifier les sources de mal-être. La prochaine édition du Baromètre santé de l'Inpes, qui a lieu en 2010, intègre de nouvelles questions permettant d'approfondir en partie les analyses menées sur les données de 2005 et évoquées dans le présent ouvrage. L'amélioration de la connaissance passe aussi, comme c'est souvent le cas sur les sujets sensibles, par une articulation des méthodes qualitatives et quantitatives pour donner du sens aux résultats des enquêtes en population générale.

Annexes



Bibliographie

A

- Adam P. *Dépression, tentatives de suicide et prise de risque parmi les lecteurs de la presse gay française*. In : AIDS Impact 2001, Conférence organisée par AIDS impact, Brighton, 2001. Bruxelles : Fédération des associations gays et lesbiennes, Ex Aequo, 2001 : 21 p.
- Adams L.L. Resilience in lesbian, gay, and bisexual adult college students: A retrospective study. *Dissertation Abstracts International*, 2007, section B, n° 67(10-B) : p. 6043
- Amnesty International. *Briser le silence. Violations des Droits de l'Homme liées à l'orientation sexuelle*. Paris : Amnesty International, 1998 : 91 p.
- Amnesty International. *Sex, Love and Homophobia : Lesbian, gay, bisexual and transgendered lives*. London : Amnesty International, 2004 : 152 p.
- ANAES *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*. Paris, ANAES, 1998 : 44 p. En ligne : <http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/suicide.pdf>
- ANAES. *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Conférence de consensus, Paris, 19-20/10/2000. Paris : ANAES, 2000. En ligne : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
- ANAES. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations, Paris : ANAES, 2000 : 91 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_266796/analyse-litterature-medicale-guide-methodologique-2000pdf

- Anguis M., Cases C., Surault P. L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération. *Études et Résultats*, 2002, n° 185 : 8 p. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er185.pdf>
- Aouba A., Péquignot F., Le Toullec A., Jouglu E. Les causes médicales de décès en France en 2004 et leur évolution 1980-2004. *BEH*, 2007, n° 35-36 : p. 308-314
- Archambaut P. États dépressifs et suicidaires pendant la jeunesse : résultats d'une enquête sociodémographique chez les 25-34 ans. *Population*, 1998, vol. 53, n° 3 : p. 477-516
- Assailly J.P. *La mortalité des jeunes*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je ?, 2001 : 126 p.

B

- Badinter E. XY. *De l'identité masculine*. Paris : éditions Odile Jacob, 1995 : 320 p.
- Bagley C., D'Augelli A. Suicidal behaviour in gay, lesbian, and bisexual youth. It's an international problem that is associated with homophobic legislation. *British Medical Journal*, 2000, n° 320 : p. 1617-1618
- Bagley C., Tremblay P. Suicidal behaviors in homosexual and bisexual males. *Crisis*, 1997, vol. 18, n° 1 : p. 24-34
- Bajos N., Bozon M., Beltzer N. *Premiers résultats de l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France »* [dossier de presse]. Paris : INSERM-INED, 2007 : 27 p. En ligne : <http://www.legislation-psy.com/spip.php?article1656>
- Balsam K.F., Beauchaine T.P., Mickey R.M., Rothblum E.D. Mental Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Heterosexual Siblings: Effects of Gender, Sexual Orientation, and Family. *Journal of Abnormal Psychology*, 2005a, vol. 114, n° 3 : p. 471-476
- Balsam K.F., Rothblum E.D., Beauchaine T.P. Victimization Over the Life Span: A Comparison of Lesbian, Gay, Bisexual, and Heterosexual Siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005b, vol. 73, n° 1 : p. 477-487
- Bantuelle M., Demeulemeester R. *Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Saint-Denis : éditions Inpes, coll. Référentiels, 2008 : 134 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf>
- Barnett T., Whiteside A., Khodakevich L., Kruglov Y., Steshenko V. The HIV/AIDS epidemic in Ukraine: its potential social and economic impact. *Social Science & Medicine*, 2000, vol. 51, n° 9 : p. 1387-403
- Barney D.D. Health risk-factors for gay American Indian and Alaska native adolescent males. *Journal of Homosexuality*, 2003, vol. 46, n° 1-2 : p. 137-157
- Batt A. Les facteurs de risque précédant la crise suicidaire : le point de vue du chercheur. In : Fédération Française de Psychiatrie. *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge* [conférence de consensus], Paris, 19-20/10/2000. Paris : Fédération Française de Psychiatrie, 2000. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_266786/crise-suicidaire-recommandations-version-longuepdf
- Batt-Moillo A. L'autopsie psychologique pour mieux prévenir le suicide. *Sciences Humaines*, 2005, n° 162. En ligne : http://www.scienceshumaines.com/index.php?lg=fr&id_article=5044

- Baudelot C., Establet R. *Durkheim et le suicide*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Philosophies, 1990 : 125 p.
- Beck F., Firdion J.M., Legleye S., Schiltz M.A. Suicide, tentative de suicide et minorités sexuelles (à paraître)
- Beck F., Guilbert P., Gautier A., dir. *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. St-Denis : Inpes, 2007 : 608 p.
- Beck U., Latour B., Bernardi L. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Flammarion, 2003 : 522 p.
- Béjin A., Pollak M. La rationalisation de la sexualité. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 1977 vol. LXII : p. 105-112
- Bell A.P., Weinberg M.S. *Homosexualités. Un rapport officiel sur les comportements homosexuels masculins et féminins par l'institut de recherche sexologique fondé par A. Kinsey*. Paris: Albin Michel, 1980
- Blake S.M., Ledsky R., Lehman T., Goodenow C., Sawyer R., Hack T. Preventing Sexual Risk Behaviors Among Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents. *American Journal of Public Health*, 2001, vol. 91, n° 6 : p. 940-946
- Bochow M. Sozial und sexualwissenschaftliche Erkenntnisse zur Homosexualität. In: *Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften in sozialer, ethischer und rechtlicher Perspektive*. Evangelischer Pressedienst epd-Dokumentation, 2001, n° 23-24 : p. 42-50
- Bontempo D.E., D'Augelli A.R. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 2002, vol. 30 : p. 364-374
- Borillo D. *L'homophobie*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je ?, 2000 : 128 p.
- Bouyssou-Michel A., de Busscher P.O., Jauffret-Roustide M., Semaille C., Velter A. *Rapport Enquête Presse Gay 2004*. Saint-Maurice : Institut national de veille sanitaire, Paris : Agence nationale de recherche sur le sida, 2007 : 135 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2007/epg_2004/index.html
- Bowers R., Plummer D. Homophobia and the everyday mechanisms of prejudice: Findings from a qualitative study. *Counseling, Psychotherapy, and Health*, 2005, vol. 1, n° 1 : p. 31-51
- Bozon M., Leridon H. Les constructions sociales de la sexualité. *Population*, 1993, vol. 48, n° 5 : p. 1173-1196
- Brown J.R. What is Bullying? [editorial]. *Journal of Adolescent Health*, 2008, n° 43 : p. 101-102
- Brown R. Self Harm and Suicide Risk for Same-Sex Attracted Young People: A Family Perspective. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2002, vol. 1, n° 1
- Burns M., Hoffman S. Teachers need more than training, trans kids say. *New York Amsterdam News*, 2008 November 6 : p. 18

C

- Caroli F., Guedj M.J. *Le suicide*. Paris : Flammarion, coll. Domino, 1999 : 126 p.

- Carragher D.J., Rivers I. Trying to Hide: A Cross-National Study of Growing Up for Non-Identified Gay and Bisexual Male Youth. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2002, vol. 7, n° 3 : p. 457-474
- Castañeda M. *Comprendre l'homosexualité*. Paris : éditions Robert Laffont, coll. Réponses, 1999 : 360 p.
- Cavalin C. Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans, premiers résultats de l'enquête Événements de Vie et Santé. *Études et résultats*, 2007, n° 598 : 8 p. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/ers598/ers598.pdf>
- Chappert J.-L., Péquignot F., Pavillon G., Jouglu E. *Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des « causes indéterminées quant à leur intention »*, Paris : DREES, coll. document de travail n° 30, 2003 : 41 p. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud30.pdf>
- Chauvin P, Parizot I. *Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens*. Paris : Éditions de la DIV, coll. Études et recherches, 2007 : 1 250 p.
- Chesler M.A., Zúñiga X. Dealing with prejudice and conflict in the classroom: The pink triangle exercise. *Teaching Sociology*, 1991, n° 19 : p. 173-181
- Chirita C., Tordeurs D., Janne P., Zdanowicz N., Gillet J.B., Reynaert C. Dépression, suicidalité et caractéristiques familiales. *Louvain Médical*, 2000, n° 119 : p. 15-20
- Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Paris : Les éditions de l'INSERM, 1994, 346 p.
- Clément C., Stephan E. Favoriser les compétences sociales à l'école : un exemple de recherche-action en zone d'éducation prioritaire. *Pratiques Psychologiques*, 2006, vol. 12 : p. 447-463
- Clements-Nolle K., Marx R., Katz M. Attempted Suicide among Transgender Persons: The Influence of Gender-Based Discrimination and Victimization. *Journal of Homosexuality*, 2006, vol. 51, n° 3 : p. 53-69
- Clermont M., Lacouture Y. Orientation sexuelle et santé. In : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec : Institut de la statistique du Québec, chapitre 10, 2000 : p. 219-230
- Cochand P., Bovet P. HIV infection and suicide risk: an epidemiological inquiry among male homosexuals in Switzerland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998, n° 33 : p. 230-234
- Cochran B.N., Steward A.J., Ginzler J.A., Cauce A.M. Challenges Faced by Homeless Sexual Minorities: Comparison of Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Homeless Adolescents With Their Heterosexual Counterparts. *American Journal of Public Health*, 2002, vol. 92, n° 5 : p. 773-777
- Cochran S.D. Emerging Issues in Research on Lesbians' and Gay Men's Mental Health: Does Sexual Orientation Matter?. *American Psychologist*, 2001, vol. 56 : p. 931-947
- Cochran S.D., Mays V.M. Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders Among Men Reporting Same-Sex Sexual Partners: Results From NHANES III. *American Journal of Public Health*, 2000a, vol. 90, n° 4 : p. 573-578
- Cochran S.D., Mays V.M. Relation between Psychiatric Syndromes and Behaviorally Defined Sexual Orientation in a Sample of the US Population. *American Journal of Epidemiology*, 2000b, vol. 151, n° 5 : p. 516-523

- Cochran S.D., Mays V.M. Physical Health Complaints Among Lesbians, Gay Men, and Bisexual and Homosexually Experienced Heterosexual Individuals: Results from the California Quality of Life Survey. *American Journal of Public Health*, 2007, vol. 97 : p. 2048-2055
- Cochran S.D., Sullivan J.G., Mays V.M. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003, vol. 71 : p. 53-61
- Conger R., Jewsbury-Conger K., Elder G.H. Family Economic Hardship and Adolescent Adjustment: Mediating and Moderating Processes. In : Duncan & Brooks-Gunn, dir. *Consequences of Growing Up Poor*. New York : Russell Sage Foundation, 1997 : p. 288-310
- Cooper-Nicols M. Exploring the experiences of gay, lesbian, and bisexual adolescents in school: Lessons for school psychologists. *Dissertation Abstracts International*, 2007, section B, 67(7-B) : p. 4131
- Corliss H.L., Cochran S.D., Mays V. "Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults", *Child Abuse & Neglect*, volume 26, issue 11, 2002 : 1165-1178
- Corliss H.L., Shankle M.D., Moyer M.B. Research, Curricula, and Resources Related to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health in US Schools of Public Health. *American Journal of Public Health*, 2007, vol. 97, n° 6 : p. 1023-1027
- Cousteaux A.-S., Pan Ké Shon J.-L. *Genre, suicide, risques suicidaires, dépression et dépendance alcoolique. Contradictions apparentes dans les indicateurs de mal-être*. Les lundis de l'Ined, Paris, 27/11/2006. Paris : Ined, 2006
- Craig-Oldsen H., Craig J.A., Morton T. Issues of Sharing Parenting of LGBTQ Children and Youth in Foster Care: Preparing Foster Parents for New Roles. *Child Welfare*, 2006, vol. 85, n° 2 : p. 267-280
- Curtin M. 2002 "Lesbian and Bisexual Girls in the Juvenile Justice System. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(4) : 285-301
- Cyrulnik B. *Un merveilleux malheur*. Paris : éditions Odile Jacob, 1999 : 218 p.

D

- D'Augelli A.R., Grossman A.H., Salter N.P., Vasey J.J., Starks M.T., Sinclair K.O. Predicting the Suicide Attempts of Lesbian, Gay and Bisexual Youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2005, vol. 35, n° 6 : p. 646-660
- D'Augelli A.R., Hershberger S.L., Pilkington N.W. Lesbian, Gay and Bisexual Youth and their Families: Disclosure of Sexual Orientation and Its Consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1998, vol. 68, n° 3 : p. 361-371
- D'Augelli A.R., Pilkington N.W., Hershberger S.L. Incidence and Mental Health Impact of Sexual Orientation Victimization of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths in High School. *School Psychology Quarterly*, 2002, vol. 17, n° 2 : p. 148-167
- De Graaf R., Sandfort T.G., ten Have M. Suicidality and Sexual Orientation: Differences Between Men and Women in a General Population-Based Sample from the Netherlands, *Archives of Sexual Behavior*, 2006, vol. 35, n° 3 : p. 253-262
- De Peretti G. Les usagers ont-ils quelque chose à ajouter ? *Économie et Statistique*, 2006, n° 391-392 : p. 151-175

- Dean L., Meyer I. H., Robinson K., Sell R. L., Sember R., Silenzio V. M. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Findings and concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 2000, vol. 4, n° 3 : p. 101-151
- Debout M. *La France du suicide*. Paris : Stock, 2002 : 305 p.
- Dejours C. *Travail, usure mentale*. Paris : Bayard, coll. Essais, 2008 : 280 p.
- Delors F. Homosexualité et reconnaissance : le corps du mépris. In : Broqua C., Lert F., Souteyrand Y., dir. *Homosexualités au temps du sida*. Paris : ANRS, coll. Sciences sociales et sida, 2003 : p. 273-290
- Denoncourt S., Forget M., Jobin L., Veilleux M.-F., Veilleux S. *Évaluation d'un programme de prévention du suicide dans un milieu scolaire*. Sainte-Marie (Canada) : Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches, 1994 : 227 p.
- Devaut M., Jusot F., Trannoy A. Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. *Questions d'Economie de la Santé*, 2007 n°118 : 6 p.
- Diaz R.M., Ayala G., Bein E., Hene J., Marin B. 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*, 2001, vol. 91, n° 6 : p. 927-932
- Direction Générale de la Santé. *Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000/2005*. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000 : 17 p. En ligne : <http://www.sante-sports.gouv.fr/strategie-nationale-d-actions-face-au-suicide-avril-2007.html>
- Dodds C., Keogh P., Hickson F. *It makes me sick. Heterosexism, homophobia and the health of Gay men and Bisexual men*. [Briefing Paper]. Londres : SIGMA Research, 2005 : 20 p. En ligne : <http://www.sigmaresearch.org.uk/downloads/report05a.pdf>
- Dolto F. *La cause des adolescents*. Paris : éditions Robert Laffont, 1988 : 383 p.
- Drieu D., Genvresse P. Enjeux et limites du travail thérapeutique avec l'adolescent suicidant en consultation ambulatoire. *Dialogue*, 2003, n° 162 : p. 46-58
- Dreyfuss C., Legein C., Morel D., Questiaux E., Start G., Berdah S. Adolescents suicidants. Une double prise en charge. *Psychiatrie Française*, 2000, vol. 31, n° 1 : p. 150-174
- Dumont M., Pronovost J., Leclerc D. Les stratégies adaptatives des adolescents : comparaison d'un groupe scolaire et d'un groupe desservi en Centres jeunesse. *Revue de Psychoéducation*, 2004, vol. 33, n° 1 : p. 137-155
- Dunne G.A., Prendergast S., Telford D. Young, gay, homeless and invisible: a growing population? *Culture, Health & Sexuality*, 2002, vol. 4, n° 2 : p. 103-115
- Durkheim E. *Le suicide (12^e éd.)*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Quadrige, 2007 : 512 p.

E

- Eisenberg M.E., Resnick M.D. Suicidality among Gay, Lesbian and Bisexual Youth: The Role of Protective Factors. *Journal of Adolescent Health*, 2006, vol. 39 : p. 662-668
- Erinoff L., Compton W.M., Volkow N.D. Drug abuse and suicidal behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 2004, n° 76 suppl. : p. s1-s2

- Eskin M., Kaynak-Demir H., Demir S. Same-Sex Sexual Orientation, Childhood Sexual Abuse, and Suicidal Behavior in University Students in Turkey. *Archives of Sexual Behavior*, 2005, vol. 34, n° 2 : p. 185-195
- Espelage D.L., Aragon S.R., Birkett M., Koenig B. Homophobic Teasing, Psychological Outcomes, and Sexual Orientation among High School Students: What Influence Do Parents and Schools Have? *School Psychology Review*, 2008, vol. 37, n° 2 : p. 202-216
- Estrada R., Marksamer J. The legal rights of LGBT youth in state custody: what child welfare and juvenile justice professionals need to know. *Child Welfare*, 2006, vol. 85, n° 2 : p. 171-194
- Ezard N. Public health, human rights and the harm reduction paradigm: from risk reduction to vulnerability reduction. *International journal of drug policy*, 2001, n° 12 : p. 207-219

F

- Faulkner A., Cranston K. Correlates of Same-Sex Behavior in a Random Sample of Massachusetts High Students. *American Journal of Public Health*, 1998, vol. 88, n° 2 : p. 262-266
- Feinstein R., Greenblatt A., Hass L., Kohn S., Rana J. *Justice for All? A Report on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgendered Youth in the New York Juvenile Justice System*. New York : Urban Justice Center, 2001 : 69 p.
- Fergusson D.M., Horwood L.J., Beautrais A.L. Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People? *Archives of general psychiatry*, 1999, n° 56 : p. 876-880
- Fingerhut A.W., Peplau L.A., Ghavami N. A dual-identity framework for understanding lesbian experience. *Psychology of Women Quarterly*, 2005, n° 29 : p. 129-140
- Firdion J.-M. *Le risque de suicide chez les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle (lesbiennes, bisexuels, gais)*. Paris : Homosexualités & Socialisme, 2001, 63 p. En ligne : <http://www.stopsuicide.ch/sources/homosexualite/suicide.pdf>
- Firdion J.-M., Laurent R. Effet du sexe de l'enquêteur. Une enquête sur la sexualité et le sida. In Bajos N., Bozon M., Ferrand A., dir. *La sexualité aux temps du sida*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998 : p. 117-149
- Firdion J.-M., Verdier E. Suicide et tentative de suicide parmi les personnes à orientation homo/bi-sexuelle. In Broqua C., Lert F., Souteyrand Y., dir. *Homosexualités au temps du sida*. Paris : ANRS, coll. Sciences sociales et sida, 2003a : p. 157-168
- Firdion J.-M., Verdier E. *Le risque de suicide chez les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle (gays, lesbiennes, bisexuels, transgenres)*. In : Commission des Droits de l'Homme. *Suffering in Silence : Despair and confusion of children questioning their sexual or gender identity [communication retranscrite]*, Genève, 03/04/2003. Genève : Commission des Droits de l'Homme, 2003b : 6 p. En ligne : http://www.u707.jussieu.fr/sirs/ONU_030403_JMF&EV.pdf
- Fitzpatrick K.K., Euton S.J., Jones J.N., Schmidt N.B. Gender role, sexual orientation and suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 2005, n° 87 : p. 35-42
- Fize M. L'homosexualité chez les 11-15 ans. Regard du sociologue. *Adolescence*, 2001, vol. 19, n° 1 : p. 313-318

- Fleischmann A., Beautrais A., Bertolote J.-M., Belfer M. Completed Suicide and Psychiatric Diagnoses in Young People: A Critical Examination of the Evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2005, vol. 75, n° 4 : p. 676-683
- Flynn T. Transforming the debate: Why we need to include transgender rights in the struggles for sex and sexual orientation equality. *Columbia Law Review*, 2001, vol. 101, n° 2 : p. 392-420
- Friedman M.S., Koeske G.F., Silvestre A.J., Korr W.S., Sites E.W. The impact of gender-role nonconforming behavior, bullying, and social support on suicidality among gay male youth. *Journal of Adolescent Health*, 2006, n° 38 : p. 621-623

G

- Garcin V., Julie M., Le Nouy G., Rouze M. Troubles du comportement et adolescence. Problématiques d'accès aux soins et modalités de réponses nouvelles. *Pratiques Psychologiques*, 2006, n° 12 : p. 465-481
- Garofalo R., Deleon J., Osmer E., Doll M., Harper G.W. Overlooked, misunderstood and at-risk: Exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 2006, vol. 38, n° 2 : p. 230-236
- Garofalo R., Wolf C., Wissow L., Woods E., Goodman E. Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts Among a Representative Sample of Youth. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 1999, vol.153, n° 5 :p. 487-493
- Gasquet I., Choquet M. Spécificités du comportement suicidaire des garçons à l'adolescence, implications thérapeutiques. In : Braconnier A., Chiland C., Choquet M., Pomarede R., dir. *Adolescentes, adolescents. Psychopathologie différentielle*. Paris : Bayard éditions, 1999 : p. 81-91
- Giami A. De Kinsey au sida : l'évolution de la construction du comportement sexuel dans les enquêtes quantitatives. *Sciences Sociales et Santé*, 1991, vol. IX, n° 4 : p. 23-55
- Giami A., Schiltz M.A., dir. *L'expérience de la sexualité chez de jeunes adultes. Entre errance et conjugalité*. Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 2004 : 390 p.
- Giertsen M., Anderssen N. Time Period and Lesbian Identity Events: A Comparison of Norwegian Lesbians Across 1986 and 2005. *Journal of Sex Research*, 2007, vol. 44, n° 4 : p. 328-339
- Gilbert M. *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgendered, Two-spirited and Questioning Youth in British Columbia and the Influence of the School Environment: A resource document for Medical Health Officer*. Vancouver : University of British Columbia, 2004. En ligne : <http://www.galebc.org/The%20health%20of%20GLBT.pdf>
- Gilman S., Cochran S., Mays V., Hughes M., Ostrow D., Kessler R. Risk of Psychiatric Disorders Among Individuals Reporting Same-Sex Sexual Partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health* , 2001, vol. 91, n° 6 : p. 933-939
- Girard R. *Des choses cachées depuis la fondation du monde*. Paris : Grasset, 1978 : 640 p.

- Goffman E. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Édition anglaise originale : 1963. Édition française : Paris : Les éditions de Minuit, coll. Le sens commun, 1975 : 180 p.
- Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. Epidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2003, vol. 51, n° 4 : p. 381-401
- Gonçalves M.M., Machado C. Homophobia: A Dialogical-Semiotic Approach. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 2007, n° 41 : p. 262-271
- Goodenow C., Szalacha L., Westheimer K. "School support groups, other school factors, and the safety of sexual minority adolescents", *Psychology in the Schools*, 2006, 43(5):573-589
- Grossman A.H., D'Augelli A.R. Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 2007, vol. 37, n° 5 : p. 527-537
- Grov C., Bimbi D.S., Nanin J.E., Parsons J.T. Race, Ethnicity, Gender, and Generational Factors Associated With the Coming out Process Among Gay, Lesbian, and Bisexual Individuals. *Journal of Sex Research*, 2006, vol. 43, n° 2 : p. 115-121
- Guilbert P., Pommereau X., Coustou B. Pensées suicidaires et tentatives de suicide. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A., dir. *Baromètre Santé 2000* : (vol.2 : Résultats). Paris : éditions CFES, 2001 : p. 163-185
- Guindon M.H., Green A.G., Hanna F.J. Intolerance and Psychopathology: Toward a General Diagnosis for Racism, Sexism, and Homophobia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2003, vol. 73, n° 2 : p. 167-176
- Gunnell D., Frankel S. Education and debate. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 1994, n° 308 : p. 1227-1233
- Guyonnaud J.P. De l'homosexualité à l'homophobie. *Imaginaire & Inconscient*, 2003, n° 10 : p. 73-79

H

- Hafner L. *Bullying Report. How Are Washington State Schools Doing?* Seattle: Washington State PTA and The Safe Schools Coalition, 2003 : 56 p. En ligne : <http://www.safeschoolscoalition.org/bullyingreport/BullyReport.pdf>
- Hamelin C, Salomon C, Lert F, Vignier N, Bonenfant S, Kaniewski N, et al. *Situation sociale et comportement de santé des jeunes en Nouvelle-Calédonie*. Paris : Inserm, 2008 : 77 p.
- Harry J. Parasuicide, Gender, and Gender Deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983, n° 24 : p. 350-361
- Häusermann M., Wang J. *Les premiers résultats de l'enquête sur la santé des hommes gay*, Genève: Dialogai, Institut de médecine sociale de l'Université de Zurich, 2003
- Hawton K., Arensman E., Wasserman D. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *Journal of Epidemiology Community Health*, 1998, vol. 52, n° 3 : p. 191-194
- Hawton K., Rodham K., Evans E., Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 2002, n° 325 : p. 1207-1211

- Heatherington L., Lavner J.A. Coming to Terms with Coming Out: Review and Recommendations for Family Systems-Focused Research. *Journal of Family Psychology*, 2008, vol. 22, n° 3 : p. 329-343
- Hefez S. Adolescence et homophobie. In : Broqua C., Lert F., Souteyrand Y., dir. *Homosexualités au temps du sida*. Paris : ANRS, coll. Sciences sociales et sida, 2003 : p. 147-168
- Hefez S., Marty-Lavauzelle A. Homosexualité et famille. *Adolescence*, 1989, vol. 7, n° 1 : p. 97-104
- Hegna K., Wichstrøm L. Suicide Attempts among Norwegian Gay, Lesbian and Bisexual Youths. General and Specific Factors. *Acta Sociologica*, 2007, vol. 50, n° 1 : p. 21-37
- Herdt G., Boxer A. *Children of Horizons. How Gay and Lesbian Teens Are Leading a New Way Out of the Closet*. Boston : Beacon Press, 1993 : 290 p.
- Herdt G., van de Meer T. Homophobia and Anti-Gay Violence. Contemporary Perspectives. *Culture, Health and Sexuality*, 2003, vol. 5, n° 2 : p. 99-101
- Herek G.M. Beyond 'Homophobia': Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century. *Sexuality Research & Social Policy*, 2004, vol. 1, n° 2 : p. 6-14
- Herek G.M., Cogan J.C., Gillis J.R. Victim Experiences in Hate Crimes Based on Sexual Orientation. *Journal of Social Issues*, 2002, vol. 58, n° 2 : p. 319-339
- Herrell R., Goldberg J., True W., Ramakrishnan V., Lyons M., Eisen S., et al. Sexual Orientation and Suicidality. A Co-twin Control Study in Adult Men. *Archives of general psychiatry*, 1999, n° 56 : p. 867-874
- Hershberger S.L., D'Augelli A. The Impact of Victimization on the Mental Health and Suicidality of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths. *Developmental Psychology*, 1995, vol. 31, n° 1 : p. 65-74
- Hidaka Y., Oparario D. Attempted suicide, psychological health and exposure to harassment among Japanese homosexual, bisexual and other men questioning their sexual orientation recruited via the internet. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2006, vol. 60, n° 11 : p. 962-967
- Hillier L., Harrison L. Homophobia and the production of shame: young people and same sex attraction. *Culture, Health & Sexuality*, 2004, vol. 6, n° 1 : p. 79-94
- Horn S.S. Heterosexual adolescents' and young adults' beliefs and attitudes about homosexuality and gay and lesbian peers. *Cognitive Development*, 2006, n° 21 : p. 420-440
- Horn S.S. Adolescents' Acceptance of Same-Sex Peers Based on Sexual Orientation and Gender Expression. *Journal of Youth and Adolescence*, 2007, n° 36 : p. 363-371
- Hudson C.G. Socioeconomic Status and Mental Illness: Test of Social Causation and Selection Hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2005, vol. 75, n° 1 : p. 3-180
- Huebner D.M., Redhook G., Kegeles S. Experiences of Harassment, Discrimination, and Physical Violence Among Young Gay and Bisexual Men. *American Journal of Public Health*, 2004, vol. 94, n° 7 : p. 1200-1203
- Hugues C., Evans A. Health needs of women who have sex with women. *British Medical Journal*, 2003, n° 327 : p. 939-940

- Hugues T.L., Johnson T.P., Wilsnack S.C., Szlacha L.A. Childhood risk factors for alcohol abuse and psychological distress among adult lesbians. *Child Abuse & Neglect*, 2007, n° 31 : p. 769-789
- Human Rights Watch. *Hatred in the Hallways. Violence and discrimination against Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Students in U.S. schools*. New York: Human Rights Watch, 2001 : 203 p.
- Hunt R., Jensen J. *The experiences of young gay people in Britain's schools. The School Report*. Londres : Stone Wall association. 2007 : 24 p. En ligne : <http://www.behaviour4learning.ac.uk/attachments/efbfe88f-23b9-40b8-9f63-75c7760517b8.pdf>

I

- Igartua K.J., Gill K., Montoro R. Internalized homophobia: A factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 2003, vol. 22, n° 2 : p. 15-30
- Inserm. *Suicide. Autopsie psychologique, outils de recherche et de prévention*. Paris : INSERM, 2005 : 189 p. En ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000298/0000.pdf>
- Ionescu S. Pour une approche intégrative de la résilience In : Cyrulnik B., Duval P., dir. *Psychanalyse et Résilience*. Paris : Odile Jacob, 2006 : p. 29-44

J

- Jackson S. Développement et changement à la préadolescence : un enjeu pour l'école publique. In Bolognini, Plancherel B., dir. *Préadolescence. Théorie, recherche et clinique*. Paris : ESF éditeur, 1994 : p. 131-144
- Jaspard M., Brown E., Condon S. *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*. Paris : La Documentation française, 2003 : 374 p.
- Jauffret-Roustide M. Les pratiques de consommation de substances psychoactives chez les homosexuels et bisexuels masculins. In : Broqua C., Lert F., Souteyrand Y., dir. *Homosexualités au temps du sida*. Paris : ANRS, coll. Sciences sociales et sida, 2003 : p. 197-215
- Jennett M. *Stand up for us. Challenging homophobia in schools*. Wetherby: Health Development Agency, 2004 : 30 p. En ligne : http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/stand_up_for_us.pdf
- Johnson J.G., Cohen P., Gould M.S., Kasen S., Brown J., Brook J.S. Childhood Adversities, Interpersonal Difficulties, and Risk for Suicide Attempts During Late Adolescence and Early Adulthood. *Archives of general psychiatry*, 2002, n° 59 : p. 741-749
- Jouglu E., Péquignot F., Chappert J.L., Rossollin F., Le Toullec A., Pavillon G. La qualité des données de mortalité sur le suicide. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2002, vol. 50, n° 1 : p. 49-62
- Jouvin E., Beaulieu Prévost D., Julien D. Minorités sexuelles : des populations plus exposées que les autres ? In Beck F., Guilbert P., Gautier A., dir. *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*. St Denis : Inpes, 2007 : p 354-367

- Julien D., Chartrand E. Recension des études utilisant un échantillon probabiliste sur la santé des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles. *Psychologie canadienne*, 2007, vol. 46, n° 4 : p. 235-250
- Julien D., Jouvin E., Jodoin E., l'Archevêque A., Chartrand E. Adjustment among Mothers Reporting Same-Gender Sexual Partners: A Study of a Representative Population Sample from Quebec Province (Canada). *Archives of Sexual Behavior*, 2008, vol. 37, n° 6 : p. 864-876
- Julien M., Laverdure J. *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*. Québec : INSPQ, 2004 : 49 p. En ligne : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/280-AvisSuicideJeunes.pdf>

K

- Kalafat, J., Elias M. C. An evaluation of a school-based suicide awareness intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1994, vol. 24, n° 3, p. 224-233
- Keilty P. Review: Serving Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Teens: A How-To-Do-It Manual for Librarians by Hillias Martin Jr and James Murdock. *InterActions*, 2007, vol. 3, n° 2, article 15
- Kessler RC., Borges G., Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1999, vol. 56, n° 7 : p. 617-626
- Kimmel M.S., Mahler M. Adolescent Masculinity, Homophobia and Violence. Random School Shootings, 1982-2001. *American Behavioral Scientist*, 2003, vol. 46, n° 10 : p. 1439-1458
- Koh A.S., Ross L.K. Mental Health Issues: A comparison of Lesbian, Bisexual and Heterosexual Women. *Journal of Homosexuality*, 2006, vol. 51, n° 1 : p. 33-57
- Kontula O. Bi- and Homosexuality in the National Surveys in Europe. In : Digoix M., Festy P. *Same-sex couples, same-sex partnerships, and homosexual marriages: A focus on cross-national differentials*. Paris: INED, coll. Documents de travail, n° 124, 2004 : p. 211-223
- Kruks G. Gay and Lesbian Homeless/Street Youth: Special Issues and Concerns. *Journal of Adolescent Health*, 1991, n° 12 : p. 515-518
- Kushner H.I., Sterk C.E. The Limits of Social Capital: Durkheim, Suicide, and Social Cohesion. *American Journal of Public Health*, 2005, vol. 95, n° 7 : p. 1139-1143

L

- Lagrange H., Lhomond B. *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Paris : éditions La Découverte, coll. Recherches, 1997 : 431 p.
- Legleye S., Beck F., Peretti-Watel P., Chau N., Firdion J.-M. Suicidal ideation among young French adults: association with occupation, family, sexual activity, personal background and drug use. *Journal of Affective Disorder*, 2010, vol. 123, p. 108-115
- Le Heuzey M.F. *Suicide de l'adolescent*. Paris : Masson, coll. Consulter, prescrire, 2001 : 120 p.
- Lehman J.B., Lehman C.U., Kelly P.J. Development and Health Care Needs of Lesbians. *Journal of Women's Health*, 1998, vol. 7, n° 3 : p. 379-387

- Léridon H., Bozon M. L'enquête ACSF : présentation générale. *Population*, 1993, vol. 48, n° 5 : p. 1197-1204
- Lert F. 2003 Traiter de l'homosexualité en milieu scolaire. In : Broqua C., Lert F., Souteyrand Y., dir. *Homosexualités au temps du sida*. Paris : ANRS, coll. Sciences sociales et sida, 2003 : p. 169-179
- Leslie M.B., Stein J.A., Rotheram-Borus M.J. "Sex-Specific Predictors of Suicidality Among Runaway Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2002, 31(1):27-40
- Lhomond B., Saurel-Cubizolles M.J. Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé. In : Broqua C., Lert F., Souteyrand Y., dir. *Homosexualités au temps du sida*. Paris : ANRS, coll. Sciences sociales et sida, 2003 : p. 107-130
- Li Kitts R. Gay adolescents and suicide: understanding the association. *Adolescence*, 2005, vol. 40, n° 159 : p. 621-628
- Lombardi E. Enhancing Transgender Health Care. *America, Journal of Public Health*, 2001, vol. 91, n° 6 : p. 869-872

M

- Malinsky K.P. Learning to Be Invisible: Female Sexual Minority Students in America's Public High Schools. In : Harris M. *School Experiences of Gay and Lesbian Youth*. New York: The Harrington Park Press, 1997 : p. 35-50
- Mallon G. Gay and No Place to Go: Assessing the Needs of Gay and Lesbian Adolescents in Out-of-Home Care Settings. *Child Welfare*, 1992, vol. 71, n° 6 : p. 547-557
- Mallon G.P., Woronoff R. Busting Out of the Child Welfare Closet: Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender-Affirming Approaches to Child Welfare. *Child Welfare*, 2006, vol. 85, n° 2 : p. 115-122
- Mallon G.P., Aledort N., Ferrara M. There's No Place Like Home: Achieving Safety, Permanency, and Well-Being for Lesbian and Gay Adolescents in Out-of-Home Care Settings. *Child Welfare*, 2002, vol. 81, n° 2 : p. 407-439
- Mancoske R.J., Wadsworth C.M., Dugas D.S., Hasney J.A. Suicide among People Living with AIDS. *Social Work*, 1995, vol. 40, n° 6 : p. 783-787
- Marcelli D. Les comportements déviants des adolescents : définition, causes, manifestations. *Sauvegarde de l'enfance*, 2003, vol. 58, n° 4-5 : p. 112-116
- Marcelli D., Berthaut E. *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence*. Paris : Masson, coll. Les âges de la vie, 2001 : 264 p.
- Marpsat M., Vanderburg A. *Le monde d'Albert la Panthère. Cybernaute et sans domicile à Honolulu*. Paris : éditions Bréal, coll. D'autre part, 2004 : 351 p.
- Mathy R.M. Transgender identity and suicidality in a nonclinical sample: Sexual orientation, psychiatric history and compulsive behaviors. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 2002, vol. 14, n° 4 : p. 47-65
- Mays V.M., Cochran S.D. Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 2001, vol. 91, n° 11 : p. 1869-1876

- McCabe P.C., Rubinson F. Committing to social justice: The behavioural intention of school psychology and education trainees to advocate for lesbian, gay, bisexual, and transgendered youth. *School Psychology Review*, 2008, vol. 37, n° 4 : p. 469-486
- McDaniel J.S., Purcell D., D'Augelli A. The relationship between sexual orientation and risk for suicide: research findings and future direction for research and prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, n° 31: p. 84-16
- McDermott E., Roen K., Scourfield J. Avoiding shame: young LGBT people, homophobia and self-destructive behaviors. *Culture, Health & Sexuality*, 2008, vol. 10, n° 8 : p. 815-829
- Mendès-Leite R., Proth B. D'une norme à l'autre ? De quelques conséquences de l'assignation sexuelle. *Journal des Anthropologues*, 2000, n° 82-83 : p. 71-90
- Merllié D. Suicides : modes d'enregistrement. In : Besson J.-L. *La cité des chiffres ou l'illusion des statistiques*. Paris : éditions Autrement, 1992 : p. 100-115
- Meyer I.H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 2003a, vol. 129, n° 5 : p. 674-697
- Meyer I.H. Prejudice as Stress: Conceptual and Measurement Problems. *American Journal of Public Health*, 2003b, vol. 93, n° 2 : p. 262-265
- Milburn N.G., Ayala G., Rice E., Batterham P., Rotheram-Borus M.J. Discrimination and Exiting Homelessness Among Homeless Adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 2006, vol.12, n° 4 : p. 658-672
- Mills T.C., Paul J., Stall R., Pollak L., Canchola J., Chang-Y J., et al. Distress and depression in men who have sex with men: The urban men's health study. *American Journal of Psychiatry*, 2004, vol. 161, n° 2 : p. 278-285
- Moon M.W., O'Briant A., Friedland M. Caring for sexual minority youths. A guide for nurses. *The Nursing Clinics of North America*, 2002, n° 37: p. 405-422
- Moore P. UK young people's health affected by relative poverty. *The Lancet*, 1997, n° 349 : p. 1152
- Morris S.L. Career development of lesbian and gay youth: Effects of sexual orientation, coming out and homophobia. In : Harris M.B. *School experiences of gay and lesbian youth: The invisible minority*. New York : Harrington Park Press, 1997 : p. 1-15
- Mossuz-Lavau J. La droite, la gauche et les politiques de la sexualité. *Comprendre*, 2005, n° 6 : p. 127-139
- Mouquet M.C., Bellamy V., Carasco V. Suicides et tentatives de suicides en France. *Études et Résultats*, 2006, n° 488 : 8 p. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er488/er488.pdf>
- Murphy D. Homophobia and psychotic crimes of violence. *The Journal of Forensic & Psychology*, 2006, vol. 17, n° 1 : p. 131-150
- Mustanski B.S., Bailey J.M. A therapist's guide to the genetics of human sexual orientation. *Sexual and Relationship Therapy*, 2003, vol. 18, n° 4 : p. 429-436
- Mustanski B.S., DePree M.G., Nievergelt C.M., Bocklandt S., Schork N.J., Hamer D.H. A genomewide scan of male sexual orientation. *Human Genetics*, 2005, n° 116 : p. 277-278

N

- NCLR (National Center for Lesbian Rights). *LGBTQ Youth in the Foster Care System*. San Francisco: NCLR, 2006 : 5 p. En ligne : http://www.nclrights.org/site/DocServer/LGBTQ_Youth_In_Foster_Care_System.pdf?docID=1341
- Nemoto T., Operario D., Keatley J., Nguyen H., Sugano E. Promoting Health for Transgender Women: Transgender resources and Neighborhood Space Program in San Francisco”, *American Journal of Public Health*, 2005, vol. 95, n° 3 : p. 382-384
- Neyrand G. Le sexuel comme enjeu de l'adolescence. *Dialogue*, 1999, vol. 146, n° 4 : p. 3-13.
- Nicholas J., Howard J. Better dead than gay? Depression, suicide ideation and attempt among a sample of gay and straight-identified males aged 18 to 24. *Youth Studies Australia*, 1998, vol. 17, n° 4: p. 28-33
- Nichols S.L. Gay, Lesbian, and Bisexual Youth: Understanding Diversity and Promoting Tolerance in Schools. *The Elementary School Journal*, 1999, vol. 99 n°5 : p. 505-518
- Nizard A., Bourgoïn N., Divonne G. Suicide et mal-être social. *Population & Sociétés*, 1998, n° 334 : 4 p. En ligne : http://www.ined.fr/fr/publications/pop_soc/bdd/publication/63/
- Noell J.W., Ochs L.M. Relationship of Sexual Orientation to Substance Use, Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Other Factors in a Population of Homeless Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2001, n° 29 : p. 31-36
- North C.S., Smith E.M. Comparison of White and Nonwhite Homeless Men and Women. *Social Work*, 1994, n° 6 : p. 639-647

O

- OMS. *Prévenir le suicide. Ressource pour conseillers*, Département de Santé mentale et abus de substances psychoactives, Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2006
- Overholser J.C., Huston Hemstreet A., Spirito A., Vyse S. “Suicide awareness programs in the schools: Effects of gender and personal experiences”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1989, volume 28 n° 6 : p. 925-930

P

- Patchankis J.E., Goldfried M.R. Social anxiety in young gay men. *Anxiety Disorders*, 2006, n° 20 : p. 996-1015
- Patton C. *Anti-Lesbian, gay, bisexual and transgender Violence in 2006. Report of the National Coalition of Anti-Violence Programs*. New York: NCAVP, 2007
- Paugam S. Le sociologue face au suicide. In : Durkheim E. *Le suicide*, (12^e édition). Paris : Presses Universitaires Françaises, coll. Quadrige, 2007 : p.V-XLVI
- Paul J.P., Catania J., Pollack L., Moskowitz J., Canchola J., Mills T., et al. Suicide Attempts Among Gay an Bisexual Men: Lifetime Prevalence and Antecedents. *American Journal of Public Health*, 2002, vol. 92, n° 8 : p. 1338-1345
- Peretti-Watel P. *La société du risque*. Paris : La Découverte, coll. Repères : 2001

- Phare Enfants-Parents. *Difficile adolescence. Signes et symptômes de mal-être*. Paris : éditions Phare Enfants-Parents, 2002, 178 p.
- Pinhey T.K., Millman S.R. Asian/Pacific Islander Adolescent Sexual Orientation and Suicide in Guam. *American Journal of Public Health*, 2004, vol. 94, n° 7 : p. 1204-1206
- Pinx T., Tamagne F. *Combattre l'homophobie. Pour une école ouverte à la diversité* Bruxelles : Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, 2006 : 140 p. En ligne : http://www.enseignement.be/download.php?do_id=3220&do_check=
- Plöderl M., Fartacek R. Suicidality and Associated Risk Factors Among Lesbian, Gay and Bisexual Compared to Heterosexual Austrian Adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2005, vol. 35, n° 6 : p. 661-670
- Plummer D. *One of the Boys. Masculinity, Homophobia, and Modern Manhood*. New York: Harrington Park Press, 1999 : 378 p.
- Pollack W. *Real Boys. Rescuing Our Sons from Myths of Boyhood*. New York: Henry Holt Company, 1999 : 447 p.
- Pollak M. *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*. Paris : Métailié, 1988 : 212 p.
- Pommereau X. *L'adolescent suicidaire*. Paris : Dunod, coll. Enfances, 1996 : 268 p.
- Pommereau X. L'acte suicidaire à l'adolescence. *Annales Pédiatriques*, 1998, n° 45 : p. 354-362
- Préau M., Marcellin M., Carrieri M.P., Lert F., Obadia Y., Spire B., VESPA Study Group. Health-Related quality of life in French people living with HIV in 2003 : results from the national ANRS-EN12-VESPA Study. *AIDS*, 2007, n° 21: p. s19-s27
- Proctor C.D., Groze V.K. Risk Factors for Suicide among Gay, Lesbian, and Bisexual Youths. *Social Work*, 1994, vol. 39 n° 5 : p. 504-513
- Pronovost J., Leclerc D. L'évaluation et le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en centres jeunesse *Revue de Psychoéducation et d'Orientation*, 2002, vol. 31, n° 1 : p. 81-100
- Pronovost J., Leclerc D., Dumont M. Facteurs de protection reliés au risque suicidaire chez les adolescents : comparaison de jeunes du milieu scolaire et de jeunes en centres jeunesse. *Revue Québécoise de Psychologie*, 2003, vol. 24 n° 1 : p. 179-199

R

- Radkowski M., Siegel L.J. The gay adolescent: Stressors, adaptations, and psychosocial interventions. *Clinical Psychology Review*, 1997, vol. 17 n° 1 : p. 191-216
- Ray N. *An Epidemic of Homelessness*. Washington DC: National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute, 2006 : 199 p. En ligne : <http://www.thetaskforce.org/downloads/reports/reports/HomelessYouth.pdf>
- Remafedi G. Sexual Orientation and Youth Suicide. *JAMA*, 1999, n° 282 : p. 1291-1292
- Remafedi G., French S., Story M., Resnick M., Blum R. The Relationship Between Suicide Risk and Sexual Orientation: Results of a Population-Based Study. *American Journal of Public Health*, 1998, vol. 88 n° 1 : p. 57-60
- Rey A., Gibson P. Beyond High School Heterosexuals' Self-Reported Anti-Gay/Lesbian Behaviors and Attitudes. In : Harris M. *School Experiences of Gay and Lesbian Youth*. New York : Harrington Park Press, 1997 : p. 65-84

- Rhodes T. The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International journal of drug policy*, 2002, n° 13 : p. 85-94
- Riandey B., Firdion J.M. Vie personnelle et enquête téléphonique. L'exemple de l'enquête ACSF. *Population*, 1993, vol. 48, n° 5 : p. 1257-1280
- Richardson J. The Science and Politics of Gay Teen Suicide. *Harvard Review of Psychiatry*, 1995, n° 3 : p. 107-110
- Rieger G., Linsenmeier J.A., Gyax L., Bailey J.M. Sexual Orientation and Childhood Gender Nonconformity: Evidence From Home Videos. *Developmental Psychology*, 2008, vol. 44, n° 1 : p. 46-58
- Rivers I., Carragher D.J. Social-Developmental Factors Affecting Lesbian and Gay Youth: A Review of Cross-National Research Findings. *Children & Society*, 2003, n° 17 : p. 374-385
- Rivers I., Noret N. Well-Being Among Same-Sex and Opposite-Sex Attracted Youth at School. *School Psychology Review*, 2008, vol. 37, n° 2 : p. 174-187
- Robins E, Murphy Ge, Wilkinson Rh Jr, Gassner S, Kayes J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *American Journal of Public Health*, 1959, n° 49 : p. 888-899
- Rogers S.M., Gribble J.N., Turner C.F., Miller H.G. Entretiens auto-administrés sur ordinateur et mesure des comportements sexuels. *Population*, 1999, vol. 54 n° 2) : p. 231-250
- Rosario M., Schrimshaw E.W., Hunter J. A model of sexual risk behaviors among young gay and bisexual men: longitudinal associations of mental health, substance abuse, sexual abuse, and the coming out process. *AIDS Education and Prevention*, 2006, vol. 18, n° 5 : p. 444-460
- Rouadjia A. L'homosexualité, une réalité sociale réprimée. In : Lacoste Y., Lacoste-Dujardi C. *L'état du Maghreb*. Paris : La Découverte, 1991 : p. 235-237
- Ruiz D.D. Why Can't You See Me? The Invisibility of Homelessness. *Journal of Poverty*, 1998, vol. 2, n° 1 : p. 101-106
- Russell S., Joyner K. Adolescent Sexual Orientation and Suicide Risk: Evidence From a National Study. *American Journal of Public Health*, 2001, vol. 91 n° 8 : p. 1276-1281
- Russell S.T. Sexual Minority Youth and Suicide Risk. *American Behavioral Scientist*, 2003, vol. 46, n° 9 : p. 1241-1257

S

- Saewyc E.M., Bauer G., Skay C.L., Bearinger L.H., Resnick M.D., Reis E., Murphy E. "Measuring Sexual orientation in Adolescents health Surveys: Evaluation of Eight School-based Surveys. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35:345-360
- Saewyc E.M., Bearinger L.H., Blum R.W., Resnick M.D. Sexual Intercourse, Abuse and Pregnancy Among Adolescent Women: Does Sexual Orientation Make a Difference? *Family Planning Perspectives*, 1999, vol. 31 n° 3 : p. 127-131
- Safren S.A., Heimberg R.G. Depression, Hopelessness, Suicidality, and Related Factors in Sexual Minority and Heterosexual Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, vol. 67 n° 6 : p. 859-866

- Sandfort T.G., Bakker F., Schellevis F.G., Vanwesenbeeck I. Sexual Orientation and Mental and Physical Health Status: Findings From a Dutch Population Survey. *American Journal of Public Health*, 2006, vol. 96, n° 6 : p. 1119-1125
- Savin-Williams R.C. Who's Gay? Does It Matter? *Current Directions in Psychological Science*, 2006, vol. 15, n° 1 : p. 40-44
- Savin-Williams R.C., Ream G.L. Suicide Attempts Among Sexual-Minority Male Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2003, vol. 32, n° 4 : p. 509-522
- Schiltz M.A. Parcours des jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête de modes de vie. *Population*, 1997, vol. 52, n° 6 : p. 1485-1538
- Schiltz M.A. *Les homosexuels face au sida : enquête 1995. Regards sur une décennie d'enquêtes*. Paris : CAMS, Cermes, 1998 : 116 p.
- Schiltz M.A. L'intolérable indépendance de la femme publique. In : Jaspard N., Chetcuti M., Romito P. *Violences envers les femmes. Trois pas en avant, deux pas en arrière*. Paris : L'harmattan, 2007 : p. 131-152
- Schiltz M.A., Pierret J. Du regard sociologique à l'action : la création d'un système d'observation en milieu homosexuel. In : Israël L., Voldman D. *Michael Pollak. De l'identité blessée à une sociologie des possibles*. Paris : éditions Complexe, 2008 : p. 227-247
- Schaffner L. On the Ethical Care of Gay and Lesbian Youth in Corrections. *The Link*, 2007, vol. 5 n° 3 : p. 6-9
- Scott S.D., Pringle A., Lumsdaine C. *Sexual Exclusion. Homophobia and health inequalities : a review*. London : UK Gay Men's Health Network, 2004 : 37 p. En ligne : http://www.glhv.org.au/files/gmhn_report.pdf
- Scourfield J., Roen K., McDermott L. Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's experiences of distress: resilience, ambivalence and self-destructive behaviour. *Health and Social Care in the Community*, 2008, vol. 16 n° 3 : p. 329-336
- Sekero P. *Suicidal Ideation and Attempts Among Psychiatric Patients with Depressive Disorder*. Helsinki: National Public Health Institute, 2006 : 95 p. En ligne : <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/sokero/suicidal.pdf>
- Shaffer D., Garland A., Vieland V., Underwood M., Busner C. The impact of curriculum based suicide prevention programs for teenagers. *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1991, vol. 30 n°4 : p. 588-596
- Shelly M., Moreau D. Péril suicidaire chez les jeunes homos. *Libération*, 4 mars 2005 : p. 2
- Silenzio V.M., Pena J.B., Duberstein P.R., Cerel J., Knox K.L. Sexual Orientation and Risk Factors for Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among Adolescents and Young Adults. *American Journal of Public Health*, 2007, vol. 97 n°11 : p. 2017-2019
- Simon P., Gondonneau J., Mironer L., Dourlen-Rollier A. M., Lévy C. *Rapport sur le comportement sexuel des Français*. Paris : Julliard/Charron, 1972 : 922 p.
- Skegg K., Shyamala N.R., Dickson N., Paul C., Williams S. Sexual Orientation and Self-Harm in Men and Women. *American Journal of Psychiatry*, 2003, vol. 160 n°3 : p. 541-546
- Skidmore W.C., Lisenmeier J.A., Bailey J.M. Gender Nonconformity and Psychological Distress in Lesbians and Gay Men. *Archives of Sexual Behavior*, 2006, vol. 35 : p. 685-697

- Smyth C.L., MacLachlan Confirmatory Factor Analysis of the Trinity Inventory of Precursors to Suicide (TIPS) and its Relationship to Hopelessness and Depression. *Death Studies*, 2005, vol. 29 : p. 333-350
- Spira A., Bajos N. *Les comportements sexuels en France*. Paris : La documentation française, 1993 : 351 p.
- Spriggs A.L., Iannotti R.J., Nansel T.R., Haynie D.L. Adolescent Bullying Involvement and Perceived Family, Peer and School Relations: Commonalities and Differences Across Race/Ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 2007, vol. 41 : p. 283-293
- Strong S., Calahane C.J. Professional responsibility to gay, lesbian, bisexual and transgendered (GLBT) youths and families. In : Sandhu DS *Elementary School Counseling in the new millennium*. Alexandria: American Counseling Association, 2001 : p. 249-258
- Sullivan C., Sommer S., Moff J. *Youth in the margins. A report on the unmet needs of lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents in foster care*. New York: Lambda Legal Defense and Educational Fund, 2001 : 177 p. En ligne : <http://www.lambdalegal.org/our-work/publications/youth-in-the-margins.html>

T

- Tamagne F. Genre et homosexualité. De l'influence des stéréotypes homophobes sur les représentations de l'homosexualité. *Vingtième Siècle. Revue d'Histoire*, 2002, vol. 75 : p. 61-73
- Tharinger D.J. Maintaining the Hegemonic Masculinity Through Selective Attachment, Homophobia, and Gay-Baiting in Schools: Challenges to Intervention. *School Psychology Review*, 2008, vol. 37 n°2 : p. 221-227
- Tin L.G. *Dictionnaire de l'homophobie*. Paris : Presses Universitaires de France, 2003 : 451 p.
- Tremblay P., Ramsay R. Orientations homosexuelles ou bisexuelles chez les jeunes présentant des problèmes suicidaires : recherche, problématique et propositions. *Vis-à-Vie*, 2000, n° 10-2 : p. 5-8

V

- Valanis B.G., Bowen D.J., Bassford T., Whitlock E., Charney P., Carter R.A. Sexual Orientation and Health. Comparisons in the Women's Health Initiative Sample. *Archives of Family Medicine*, 2000, vol. 9 : p. 843-853
- Van Heeringen C., Vincke J. Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2000, vol. 35 : p. 494-499
- Van Woormer K., McKinney R. What schools can do to help Gay/Lesbian/Bisexual youth: A harm reduction approach. *Adolescence*, 2003, vol. 38, n° 151 : p. 409-420
- Velter A. Etat dépressif, conduite suicidaire et discriminations homophobes. In : INVS. *Enquête Presse Gay 2004*. Paris : ANRS, INVS, 2007 : p. 57-69
- Verdier E. Préférence sexuelle, niveau social, origine ethnique : la discrimination conduit à la prise de risque. *La Santé de l'Homme*, 2006, n° 386 : p. 52-54. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/386/04.htm>

- Verdier E. *Discriminations vécues ou craintes. Violences agies ou subies, des conséquences graves en termes de santé et de cohésion sociale*. Paris : Ligue Française pour la Santé Mentale, 2007. En ligne : <http://www.lfsm.org/spip.php?rubrique78>
- Verdier E., Firdion J.M. *Homosexualités et suicide. Etudes, témoignages et analyse : les jeunes face à l'homophobie*. Béziers : H&O éditions, coll. Essais, 2003 : 230 p.
- Vieland V., Whittle B., Garland A., Hicks R., Shaffer D. The impact of curriculum based suicide prevention programs for teenagers: An 18 month follow up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1991, vol. 30, n° 5, p. 811-815
- Vincke J., Van Heeringen K. Confidant Support and the Mental Well-being of Lesbian and Gay Young Adults: A Longitudinal Analysis. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2002, n° 12 : p. 181-193
- Vinnerljung B., Ribe M. Mortality after care among young adult foster children in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 2001, n° 10 : p. 164-173

W

- Walter M. Quels sont les facteurs de risque précédant la crise suicidaire ? Le point de vue du clinicien. In : Fédération française de psychiatrie. *La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge, Conférence de consensus, Paris, Hôpital de la Salpêtrière, 19 et 20 octobre 2000*. Paris, John Libbey Eurotext, 2000
- Warner J., McKeown E., Griffin M., Johnson K., Ramsay A., Cost C., King M. Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians, and bisexual men and women. *British Journal of Psychiatry*, 2004, vol. 185, n° 6 : p. 479-485
- Webster-Stratton C., Taylor T. Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence: Interventions targeted at young children (0-8) years. *Prevention sciences*, 2001, vol. 2 n°3 : p. 165-192
- Welzer-Lang D. *Nouvelles approches des hommes et du masculin*. Toulouse : Presses Universitaires du Mirail, 2000 : 376 p.
- Wexler L.M., DiFluvio G., Burke T.K. "Resilience and marginalized youth: Making a case for personal and collective meaning-taking as part of resilience research in public health", *Social Science & Medicine*, 2009, 69:565-570.
- Whitbeck L.B., Chen X., Hoyt D.R., Tyler K.A., Johnson K.D. Mental Disorder, Subsistence Strategies, and Victimization Among Gay, Lesbian, and Bisexual Homeless and Runaway Adolescents. *Journal of Sex Research*, 2004, vol. 41, n° 4 : p. 329-342
- Whitehead N.E. *Homosexuality and Mental Health Problems* [article en ligne]. 2004. En ligne : <http://www.narth.com/docs/whitehead.html>
- Wichstrøm L, Hegna K. Sexual Orientation and Suicide Attempt: A Longitudinal Study of the Norwegian Adolescent Population. *Journal of Abnormal Psychology*, 2003, vol. 112, n° 1 : p. 144-151

Z

- Ziyadeh N.J., Prokop L.A., Fisher L.B., Rosario M., Field A.E., Camargo C.A., Austin S.B. Sexual orientation, gender, and alcohol use in a cohort study of U.S. adolescent girls and boys. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, n° 87 : p. 119-130

Les principales études américaines de la fin des années 1990

L'étude d'**Anne Faulkner** et **Kevin Cranston** (1993 *Massachusetts Youth Risk Behavior Survey*^a) porte sur un échantillon de 3 054 élèves des écoles publiques du Massachusetts du grade 9 au grade 12, ce qui correspond aux classes de 3^e de collège à la terminale de lycée (âge moyen : 16 ans). Cette enquête comporte des questions sur le sexe des partenaires sexuels^b. Parmi les élèves ayant eu des rapports sexuels (n = 1 668), 6,4 % ont déclaré avoir eu un/ des contacts sexuels avec une personne de même sexe (Faulkner & Cranston 1998). Les chercheurs ont trouvé que les élèves ayant eu 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 eu uniquement des partenaires de sexe opposé. Ils sont deux fois plus nombreux à déclarer avoir fait une TS au cours des douze derniers mois (27,5 % vs 13,4 %). Par ailleurs, les jeunes ayant eu des rapports homosexuels déclarent plus fréquemment se sentir menacés, avoir subi des agressions physiques ou des atteintes à leurs biens personnels.

Gary Remafedi et ses collègues (Remafedi *et al.* 1998) se sont appuyés sur l'enquête périodique *National Adolescent Health Survey* de 1987, dont l'échantillon de 36 254 élèves, âgés de 12 à 19 ans, est représentatif des classes des établissements publics (*junior high schools*) de l'État du Minnesota pour les grades 7 à 12. Les chercheurs ont comparé les jeunes se déclarant eux-mêmes comme homo- ou bisexuels (n = 394) à un sous-échantillon de jeunes se déclarant exclusivement hétérosexuels, les deux groupes ayant des caractéristiques voisines en termes d'âge, de niveau social, de sexe, de zone

a. Enquête réalisée sous l'égide du *National Center for Disease Control and Prevention*.

b. Cette enquête ne figure pas au tableau 1 (p. 38) car les résultats n'y sont pas détaillés par sexe.

géographique et de niveau scolaire (méthodologie « *matched pairs study* »). Les auteurs ont estimé les risques relatifs au moyen de régressions logistiques ajustant sur deux caractéristiques de la population enquêtée : l'appartenance à une minorité ethnique et le niveau socioéconomique. Selon cette étude, les garçons ayant une orientation homo-/bisexuelle ont déclaré quatre fois plus d'« intention de se suicider » que leurs camarades hétérosexuels, et sept fois plus de tentatives de suicide au cours de leur vie, tandis qu'il n'y a pas de différence significative quant aux idéations suicidaires. Pour les filles, les prévalences de tentative de suicide sont 40 % plus élevées que celles des filles exclusivement hétérosexuelles.

Susan Cochran et Vickie Mays (Cochran & Mays 2000a) ont exploité l'enquête nationale sur la santé (*National Health and Nutrition Examination Survey – NHANES*) de 1994, qui comporte un échantillon représentatif de personnes en logement ordinaire (40 000 enquêtés). Elles se sont appuyées sur le sous-échantillon de 3 648 hommes âgés de 17 à 39 ans, à qui ont été posées à la fois des questions sur les troubles affectifs et des questions sur leurs partenaires sexuels. Les auteures ont pris en compte trois facteurs de confusion (âge, appartenance à une minorité ethnique, niveau de ressources du ménage) pour étudier les différentiels selon les pratiques sexuelles par des régressions logistiques. Le groupe des hommes ayant eu un/des partenaires du même sexe présente cinq fois plus de risques de commettre une TS que les hommes exclusivement hétérosexuels ; les idées suicidaires et les TS interviennent surtout durant l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte. Les hommes ayant eu des rapports homosexuels déclarent des épisodes dépressifs plus précoces (âge moyen : 14,8 ans) que les hommes exclusivement hétérosexuels (âge moyen : 20,4 ans), ces estimations tenant compte de l'effet de l'âge.

Robert Garofalo et ses collègues (Garofalo *et al.* 1999) se sont intéressés eux aussi à la *Massachusetts Youth Risk Behavior Survey*, dans son édition de 1995 ; l'échantillon de cette enquête comporte 3 365 adolescents (âge moyen : 16,1 ans), interrogés à la fois sur les tentatives de suicide, la violence subie et agie, la consommation de drogues, les comportements sexuels. Les jeunes homo-/bisexuels masculins, qui représentent 3,8 % des garçons, ont 3,7 fois plus de risques d'avoir fait une TS que les jeunes hétérosexuels, tandis que les jeunes homo-/bisexuelles, qui représentent 1,7 % des filles, ont 40 % de risques en plus que les jeunes hétérosexuelles (contrôle par âge, fréquence d'activité sexuelle, appartenance à une minorité ethnique, consommation de drogues).

Richard Herrel et ses collègues (Herrel *et al.* 1999) ont conduit une enquête originale en s'intéressant à des jumeaux de sexe masculin ($n = 216$) dont l'un a déclaré avoir eu un ou des partenaires de même sexe depuis l'âge de 18 ans, tandis que l'autre n'en a déclaré aucun. Après ajustement sur l'usage de substances psychoactives et sur les symptômes dépressifs, les jumeaux ayant eu des comportements homosexuels ont 3,6 fois plus de risques d'avoir eu des idéations suicidaires et 5,6 fois plus de risques d'avoir fait une tentative de suicide.

Ouvrages récemment parus dans la collection « Santé en action »

Jourdan D.

Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?

Saint-Denis : Inpes, 2010 : 160 p.

Lorto V., Moquet M.-J.

Formation en éducation pour la santé. Repères méthodologiques et pratiques

Saint-Denis : Inpes, 2009 : 100 p.

Conception graphique originale **Scripta** – Céline Farez, Virginie Rio

Maquette et réalisation **Desk** – 53940 Saint-Berthevin

Crédits photos (couverture et intérieur) **Magali Bragard**

Impression mai 2010 **Fabregue** – ZA du Bois Joly BP 10, 87500 Saint-Yrieix-la-Perche

Dépôt légal juin 2010

Depuis la fin des années 1990 (aux États-Unis d'abord, puis dans d'autres pays dont la France), les enquêtes les plus probantes ont mis en évidence un risque suicidaire plus élevé parmi les jeunes des minorités sexuelles – gays, lesbiennes, bisexuel(le)s, transgenres – et ceux qui se questionnent sur leur identité sexuelle ou de genre.

L'homophobie est aujourd'hui le facteur de risque le mieux identifié pour comprendre cette sursuicidalité. Les phénomènes d'exclusion, de mépris et de stigmatisation peuvent en effet provoquer une perte d'estime de soi, une perte de confiance dans l'avenir et les autres. Le soupçon d'appartenance à une minorité sexuelle ou de non-conformité de genre – qui peut toucher tout jeune, indépendamment de son orientation sexuelle effective – conduit également souvent la personne qui le subit à une grande détresse qui favorise les symptômes suicidaires.

Quelle que soit la stratégie mise en œuvre par le jeune pour éviter ou résister à une discrimination, le coût psychique et physique est souvent élevé. D'autant que par rapport à d'autres types de discriminations, les discriminations homophobes ou liées à une non-conformité aux stéréotypes de genre se caractérisent par un faible soutien de la famille, une faible intervention des adultes et des préjugés particulièrement précoces.

Il existe en France des initiatives de prévention de ces discriminations et du risque suicidaire qui gagneraient à être mieux connues et parfois généralisées. Autre piste de travail : la sensibilisation des professionnels en contact avec les jeunes, qu'ils viennent du champ éducatif, sanitaire, social, judiciaire... Enfin, pour continuer à améliorer nos connaissances, il semble essentiel d'intégrer plus nettement, en amont de la conception des enquêtes, ces phénomènes spécifiques que sont l'homophobie, la lesbophobie, la transphobie et le sexisme.

Cet ouvrage est édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires. Il ne peut être vendu.

