

Suicide et tentative de suicide parmi les personnes à orientation homo/bisexuelle

Jean-Marie FIRDION, Éric VERDIER

Résumé

En s'appuyant sur des travaux nord-américains et français récents, les auteurs présentent l'hypothèse d'un lien entre tentative de suicide ou suicide chez les jeunes et une orientation homosexuelle ou bisexuelle. Les résultats concordants des travaux épidémiologiques de ces dernières années montrent que l'homosexualité, en soi, ne constitue pas une cause directe de ces comportements suicidaires, mais qu'une orientation homosexuelle ou bisexuelle accroît, d'une manière significative, la probabilité de réaliser de telles conduites. Le phénomène serait en rapport avec l'homophobie et l'hétérosexisme toujours présents dans nos sociétés. Ces conclusions ne sont pas sans conséquences importantes pour les politiques de prévention du suicide chez les jeunes et de lutte contre les discriminations, ainsi que pour les programmes de recherche en santé publique en France.

Mots clés : suicide, homosexualité, jeunesse, discrimination, adolescence, santé publique.

Les décès par suicide représentent, chez les 15-24 ans, la seconde cause de mortalité (après les accidents) et, chez les 25-34 ans, ils constituent la première cause de décès¹. Les démographes constatent que le taux de suicide des jeunes (filles et garçons) ne diminue pas depuis une dizaine d'années alors que la tendance est à la baisse pour les plus de 45 ans [2]. Cette relative stagnation peut résulter de processus simultanés complexes, comme un accroissement des « difficultés de vie » des jeunes (notamment en lien avec le chômage ou l'absence d'insertion professionnelle), et donc des tentatives de suicide, associé à une efficacité accrue de l'intervention des secours (SAMU, pompiers...) et des soins d'urgence. « *L'accroissement du suicide des jeunes et des adultes avant 50 ans a bouleversé le profil du suicide selon l'âge* » [38]. En conséquence, les tentatives de suicide (TS) et les suicides parmi les jeunes sont devenus des sujets de préoccupation majeurs [40]. En raison de l'âge des personnes concernées et parce que le suicide est un révélateur du mal-être social vécu par les individus, certains facteurs familiaux et environnementaux ont été plus particulièrement explorés, comme l'intolérance sociale à l'homosexualité [35, 37]. Le lien entre TS (ou suicide) et une orientation homosexuelle ou bisexuelle a ainsi constitué le sujet d'interventions au niveau international (colloque international organisé

¹ La morbidité suicidaire est plus élevée que la mortalité suicidaire et se situe dans un rapport d'environ un à trente chez les 15-24 ans, contre un à dix pour l'ensemble de la population [24].

par l'Union Nationale de Prévention du Suicide à Paris en février 2002, celui de l'Association Francophone de Prévention du Suicide à Liège en novembre 2002, table ronde organisée par la commission santé de la commission des Droits de l'Homme de l'ONU à Genève en avril 2003) et il a fait l'objet d'un rapport de l'association Homosexualités et Socialisme [21].

Un problème de santé mentale mais aussi une question sociale

Les désirs d'ordre sexuel, comme les affects en général, sont un phénomène social autant qu'individuel [9]. Les idées et les normes, les encouragements, les sanctions et les condamnations, ont une influence à la fois sur les comportements et les inhibitions, mais aussi sur la perception de soi et des autres. Or notre société ne considère pas de la même façon l'hétérosexualité exclusive et les autres orientations ou pratiques sexuelles. Parmi les jeunes de 15 à 18 ans, 6,1 % déclarent une attirance pour les personnes de même sexe qu'eux [33], c'est-à-dire au moins deux adolescents par classe d'une trentaine d'élèves². 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, « *une souffrance dont [le jeune] cherche à se débarrasser résolument* » [22].

Les effets de la discrimination, de l'ostracisme et du harcèlement que subissent les personnes à orientation sexuelle non conventionnelle (gays, lesbiennes, bisexuels, transgenres), affectent leur état de bien-être physique et moral [7]³. Le phénomène du suicide et des TS peut donc être abordé sous l'angle du lien possible entre les souffrances éprouvées par ces personnes, dans une société encore homophobe, et de tels actes autodestructeurs [16]. Nous ne disposons pas encore, en France, de données épidémiologiques sur les risques de suicide chez les personnes homo/bisexuelles mais de tels travaux ont été entrepris aux États-Unis et au Canada depuis la fin des années 1990. Ces enquêtes sont présentées ici, leurs résultats publiés en anglais n'étant pas toujours facilement accessibles en France. Il faut préciser, bien entendu, qu'ils s'inscrivent dans un contexte différent du nôtre et qu'on ne peut extrapoler sans précaution les conclusions de ces chercheurs à la situation française.

On connaît la difficulté de conduire des analyses sur les comportements suicidaires et sur les causes de suicide à partir des cas de décès par suicide, du fait de nombreux défauts d'enregistrement et de classification [4, 32]. Par ailleurs, les informations dont on peut disposer concernant la mort par suicide sont pauvres quant au contexte de sa survenue et aux caractéristiques sociales de

² 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 être sous-déclarés par les interviewés [20].

³ On pourra définir l'homophobie comme 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 (...) Invisible, quotidienne, partagée, l'homophobie participe du sens commun (...)* » [7]. Flora Leroy-Forgeot distingue trois formes d'homophobie : active (insultes, moqueries, violences...), passive (dénier de l'existence de l'homosexualité) et de détournement (à la manière des films pornographiques incluant une scène entre femmes) [36].

la personne décédée. Une autre voie de connaissance consiste à étudier les tentatives de suicide, car le lien entre celles-ci et les suicides est fort [28] : plus de la moitié des jeunes suicidés ont fait au moins une tentative auparavant et la corrélation entre les taux de suicide et les taux de tentatives de suicide est significative au niveau régional comme national en Europe. Ainsi, les résultats des recherches portant sur les actes suicidaires peuvent aider à comprendre les déterminants des suicides accomplis. En effet, on peut interroger (de manière rétrospective) les personnes qui ont accompli ce geste (les suicidants) ou ont eu l'intention de l'accomplir (les suicidaires) afin de comparer leurs caractéristiques avec celles des personnes qui n'ont pas connu ces comportements.

Une prévalence de TS plus élevée chez les homo/bisexual(le)s

Les travaux américains présentés ci-dessous portent sur des échantillons probabilistes représentatifs de la population générale, permettant de produire des estimations en tenant compte des effets du plan de sondage et des effets de structure (comme l'ethnicité, le niveau socio-économique ou de ressources, l'âge).

Nous présentons ici de manière synthétique les principaux résultats concernant les TS au cours de la vie (*tableau 1*). Deux de ces études [23, 42] portent sur des populations très jeunes (approximativement des élèves des classes de la troisième à la terminale). Une troisième enquête [14] porte sur de jeunes adultes (17-39 ans) tandis que la quatrième [30] concerne l'ensemble d'une population adulte. Certaines sont régionales, d'autres nationales.

Malgré ces différences d'échantillon et de définition, les résultats après ajustement⁴ sont convergents. Chez les sujets de sexe masculin, l'orientation homo/bisexuelle est associée de manière significative aux tentatives de suicide. Ainsi, ils ont de 4 à 7 fois plus de risque d'avoir déjà fait une TS que les hétérosexuels du même âge, même statut social, etc. Dans le cas des jeunes filles et des femmes bisexuelles et homosexuelles, elles présentent 40 % de risque supplémentaire par rapport aux personnes de sexe féminin exclusivement hétérosexuelles. Ajoutons, à cette prévalence plus élevée parmi les homo/bisexual(le)s, que les premiers épisodes dépressifs sont aussi plus précoces chez ceux-ci (14,8 ans en moyenne) que chez les hétérosexuels (20,4 ans en moyenne) [14]. Notons enfin qu'une toute récente étude auprès de la population masculine américaine adulte⁵ estime à 12 % la prévalence de la TS parmi la population des hommes ayant eu un rapport sexuel avec une personne de même sexe [39] ce qui est très proche de l'estimation produite par Richard Herrell et ses collègues (15 %) [30] pour une population adulte.

⁴ Les chercheurs tiennent compte, dans le modèle à estimer, des effets de structure et d'autres facteurs influençant la propension au suicide (comme la consommation d'alcool, la dépression, etc.). Lorsque l'on étudie une population minoritaire (ici les jeunes gays/bi/lesbiennes), la taille limitée de l'échantillon implique un faible effectif pour les enquêtés relevant de cette minorité ; les répartitions selon l'âge et le niveau socioéconomique, par exemple, peuvent varier fortement entre les deux catégories que l'on compare, et l'on ne saurait dire si la différence observée est due à cet effet de structure ou à un autre facteur. Il faut donc ajuster sur ces variables et produire des estimations de prévalence de TS pour chaque population, « à structure par âge et à consommation de drogue égales », par exemple.

⁵ Échantillon probabiliste national de 2 881 hommes ayant déclaré avoir eu au moins un partenaire de même sexe depuis l'âge de 14 ans.

Ces observations ne laissent aucun doute sur la réalité du phénomène, et les variations entre les estimations tiennent essentiellement à des différences de définitions (identité sexuelle, comportement sexuel, attirance sexuelle), de champs (tranche d'âges, aire géographique, restriction – ou non – aux jeunes sexuellement actifs) et de variables d'ajustement dont le nombre est fortement contraint par la taille de l'échantillon⁶.

Tableau 1.
Prévalence des tentatives de suicide (États-Unis) selon le sexe et l'orientation sexuelle

Auteurs de l'étude	Taille échantillon	Âges	Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie				Odds ratio (ajustés) prévalence TS homo-bi/hétéro*	
			Hommes homo/bi	Hommes hétéro	Femmes homo/bi	Femmes hétéro	Hommes	Femmes
Herrell <i>et al.</i> [30]	206**	43***	15 %	3 %	–	–	5,6	nd
Cochran et Mays [14]	3 648	17-39	20 %	4 %	–	–	5,4	nd
Remafedi <i>et al.</i> [42]	611	12-19	28 %	4 %	21 %	15 %	7,1	1,4
Garofalo <i>et al.</i> [23]	3 365	14-19	nd	nd	nd	nd	3,7	1,4

* Lire : selon l'étude de Robert Garofalo, les garçons à orientation homo ou bisexuelle ont une prévalence de TS 3,7 fois plus grande que les garçons hétérosexuels.

** Pour les hommes hétérosexuels, les estimations s'appuient sur 6 450 individus tandis que l'étude de l'orientation sexuelle porte sur 206 jumeaux.

*** Âge moyen.

nd : non disponible.

Bien que nous ne disposions pas de données épidémiologiques équivalentes en France, nous pouvons citer quelques données de cadrage (*tableau 2*). On constate que ces chiffres sont comparables aux estimations américaines (sur échantillon national) dans le cas des hommes, mais que la prévalence semble plus faible dans le cas des femmes. Pour les personnes à orientation sexuelle non conventionnelle, nous ne disposons pas d'enquête sur échantillon représentatif mais uniquement d'enquêtes par voie de presse [1] ou associée à un échantillon de volontaires [34] ; ces estimations, proches de celles de nos collègues américains, doivent donc être prises avec prudence.

Aux États-Unis comme en France, la prévalence des TS au cours de la vie est plus forte chez les jeunes garçons que chez les hommes adultes, ce qui est à l'opposé de ce que l'on attend (plus la période pendant laquelle l'individu est soumis au risque s'allonge, plus l'incidence cumulée devrait augmenter). Il peut y avoir plusieurs explications : tout d'abord, les hommes adultes pourraient « oublier » qu'ils ont posé un geste suicidaire à un moment de leur vie ou le minimiser en ne le nommant pas TS. Mais les données françaises sur le suicide semblent contredire cette hypothèse, puisque l'on observe, pour les personnes

⁶ Les *odds ratio* sont ajustés sur : la consommation d'alcool, la consommation de drogue, la dépression, séparément [30] ; âge, race/ethnicité et revenus du ménage, le niveau d'éducation ayant été exclu car fortement corrélé aux revenus [14] ; race/ethnicité pour les femmes, niveau socio-économique pour les hommes [42] ; âge, genre et race/ethnicité [23].

Tableau 2.
Prévalence des tentatives de suicide (France) selon le sexe et l'orientation sexuelle

Auteurs de l'étude	Champ de l'étude	Taille échantillon	Âges	Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie		
				Hommes	Femmes	Ensemble
Guilbert <i>et al.</i> [26]	Population générale	13 685	12-75	3,3 %	7,7 %	5,6 %
Archambault [3]	Population générale	2 988	25-34	4 %	7,2 %	5,6 %
Choquet et Ledoux [12]	Jeunes scolarisés	12 391	11-19	5,2 %	7,7 %	6,5 %
Gays/bi Lesbiennes/bi						
Adam [1]	Presse gay	4 753	35*	17 %	nd	na
Lhomond <i>et al.</i> [34]	Presse gay et volontaires	849**	15-25	17 %	25 %	na

* Âge moyen.

** Jeunes lesbiennes/bi/gays de l'échantillon.

nd : non disponible ; na : non applicable (échantillon non représentatif).

nées après-guerre, une montée de la mortalité par suicide [2]. Ainsi, selon une autre hypothèse, il peut y avoir un effet de génération, sensible aussi pour les TS, associé à un effet de contexte (on sait que le lien chômage-suicide est fort pour les jeunes hommes de 15-24 ans [8]). Une constatation, faite par une équipe de recherche américaine, va dans ce sens : Jay Paul et ses collègues ont noté, en étudiant plusieurs cohortes d'homo/bisexuels masculins, le rajeunissement de l'âge moyen à la première TS, la diminution de l'âge moyen lors du *coming out* et une augmentation de la fréquence des agressions « anti-gay » avant 17 ans parmi les générations les plus récentes [39]. Ces évolutions peuvent être rapprochées des changements sociaux survenus au cours des dernières décennies dans les sociétés occidentales : l'extension et la prolongation de la scolarisation, la généralisation de la maîtrise de la fécondité, mais aussi le développement du chômage et de formes d'emplois précaires, enfin la raréfaction des logements bon marché, sont autant d'obstacles à l'indépendance économique et sociale des jeunes, qui allongent le processus de transition qu'est la jeunesse. Or, dans nos sociétés complexes, la jeunesse ne s'appuie plus sur des rites de passage institutionnalisés qui la ferait accéder à la maturité en lui attribuant une sorte de « brevet » de masculinité ou de féminité. « *La construction d'une autonomie à l'adolescence repose largement aujourd'hui sur la constitution d'une sphère privée, qui se construit à partir de relations échappant aux institutions familiale et scolaire : les relations avec les groupes de pairs, les relations amoureuses-sexuelles* » [10], c'est-à-dire des domaines dans lesquels les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle peuvent se sentir mis en difficulté ou dévalorisés.

L'homosexualité est-elle un facteur en soi ?

La plus grande vulnérabilité des homo/bisexuels devant le suicide nous interroge. Des hypothèses ont été émises : 1) les personnes présentant des troubles mentaux seraient davantage susceptibles de présenter un trouble de l'identité

sexuelle et donc une orientation homo/bisexuelle ; 2) le style de vie des homo/bisexuels en lui-même (vie nocturne, alcool, drogue...), et non l'orientation sexuelle *per se*, les pousserait à vivre davantage de stress, ce qui les conduit à commettre des TS ; 3) les discriminations et l'ostracisme dont sont victimes les jeunes homo/bisexuels seraient les principaux facteurs favorisant le risque de TS dans cette population. Des travaux scientifiques ont testé ces hypothèses en cherchant à savoir si ces facteurs « expliquent » ou non la propension des jeunes homo/bisexuels à avoir fait plus souvent une TS au cours de leur vie que les jeunes hétérosexuels.

Susan Cochran et Vickie Mays ont observé l'absence de psychopathologie pour les trois quarts des personnes ayant des partenaires de même sexe (dans un échantillon national représentatif) et noté que la dépression et un trouble du comportement (*panic attack syndrome*) étaient plus fréquents chez les hommes homo/bisexuels [15]. Richard Herrell et ses collègues [30] ont cherché à savoir si la fréquence des TS était davantage liée à l'orientation sexuelle qu'à des pathologies mentales. Leur analyse montre que l'effet d'une orientation sexuelle non conventionnelle se maintient après que l'on a pris en compte l'abus de drogue et la dépression. Il n'est donc pas établi qu'un lien entre homosexualité et pathologie mentale expliquerait ces prévalences plus élevées.

La prise d'alcool et/ou de drogue a été identifiée comme facteur de risque pour le suicide « non planifié ». Une consommation de substances psychoactives plus fréquente a été constatée parmi les jeunes homo/bisexuels canadiens [5] et dans les échantillons américains incluant des personnes homo/bisexuelles des deux sexes [15, 19, 25]. De tels comportements pourraient, chez ces jeunes, augmenter le risque de faire des gestes suicidaires, mais on peut penser que la problématique de la toxicomanie est en réalité une dérivée de la problématique de l'orientation sexuelle, la consommation de substances ayant pour fonction de masquer la question de la sexualité du sujet [29]. Robert Garofalo a constaté que l'effet de ces consommations est significatif pour prédire la TS (au cours des 12 derniers mois), mais que ce risque accru ne fait que s'ajouter à l'effet dû à une orientation homo/bisexuelle, sans l'annuler [23]. À consommation de drogue (ou d'alcool) égale, les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle ont un risque plus élevé de faire une TS que les jeunes exclusivement hétérosexuels.

Certains événements sont connus pour favoriser les idées suicidaires ; ceux-ci seraient-ils plus fréquents parmi les jeunes homo/bisexuels ? Des chercheurs canadiens ont examiné l'effet de l'abus sexuel durant l'enfance sur la propension à vouloir se suicider, mais ils n'ont trouvé aucun effet spécifique associé à l'orientation homo/bisexuelle parmi leur échantillon de jeunes adultes masculins de Calgary [5].

Des maladies graves, comme le sida, contribuent à la détresse morale de la personne atteinte ; ainsi la séropositivité au VIH est associée à des niveaux plus élevés d'anxiété [25]. Une étude suisse a analysé l'influence spécifique du statut sérologique concernant le VIH au sein d'une population d'homosexuels masculins [13] : elle relève qu'en cas de séropositivité, les enquêtés déclarent plus fréquemment des idées suicidaires que les homosexuels séronégatifs. Les auteurs soulignent l'importance de l'aide et du soutien moral apportés par les équipes médicales et les proches des malades pour surmonter les effets secondaires du traitement (par exemple la lipodystrophie) et l'isolement dont souffrent

beaucoup ces patients, ce qui permet aussi d'atténuer les risques d'idées suicidaires.

Des facteurs spécifiques aux jeunes homo/bisexual(le)s

Tant au Canada qu'aux États-Unis, les enquêtes montrent que les jeunes homo/bisexuels déclarent significativement plus souvent être victimes d'actes violents que leurs camarades exclusivement hétérosexuels [5, 18, 19, 43, 45]. Rafael Diaz et ses collègues ont étudié l'effet de trois types de discrimination sur une population masculine adulte de gays et bisexuels américains [17]. Ils ont mis en évidence l'effet significatif d'avoir subi l'expérience de la discrimination dans trois domaines (homophobie, racisme, pauvreté) sur la santé mentale (anxiété, dépression, idées suicidaires) en tenant compte de facteurs tels que l'isolement social et une faible estime de soi. Les auteurs montrent que ces différentes formes de discriminations nuisent au bien-être des individus qui les subissent, l'homophobie ayant son effet propre. Les conséquences de cette dernière peuvent donc être comprises dans le cadre plus large de la discrimination.

Susan Blake et ses collègues se sont intéressés aux effets d'une campagne de sensibilisation, sur l'homosexualité et le VIH, dispensée dans des classes de troisième à la terminale de l'État du Massachusetts [6]. Ils ont étudié l'évolution des « comportements à risque »⁷ parmi les jeunes selon qu'ils ont ou non été touchés par cette campagne (certains établissements ne diffusaient pas cette campagne). Si les jeunes homo/bisexuels déclarent, en moyenne, des comportements à risque plus fréquents (que les jeunes exclusivement hétérosexuels), ceux qui ont assisté aux séances de sensibilisation en ont moins souvent, notamment en ce qui concerne le projet de se suicider. De plus, ils présentent des fréquences moins élevées de journées d'absence de l'école (pour des raisons de sécurité personnelle) et déclarent moins souvent avoir subi un vol ou une destruction volontaire d'objets personnels. Cela indique une modification significative des comportements de ces jeunes mais aussi de leur environnement scolaire.

Dans le cas de jeunes Américains homo/bisexuels victimes d'agressions homophobes (verbales comme physiques), le soutien et l'aide d'autres personnes, quelle que soit leur orientation sexuelle, sont primordiaux afin d'éviter des comportements suicidaires [31]. La famille peut jouer un rôle protecteur (effet tampon) si son soutien est intense et si la gravité de l'agression n'est pas trop importante. L'acceptation de soi est également un facteur qui protège contre des conséquences graves sur l'état psychique [41].

Une étude a comparé, dans un échantillon de jeunes fréquentant un service d'aide sociale pour les homo/bisexuels de la ville de New York, ceux qui avaient fait une TS aux non-suicidaires [44]. Les auteurs observent que les premiers ont davantage de risque que les seconds d'avoir abandonné leurs études avant le terme légal, de vivre en dehors de leur famille et d'avoir un ami ou un membre de leur famille ayant tenté de se suicider. Le stress lié à la famille est beaucoup plus important chez les suicidants, de même que celui en rapport avec les violences

⁷ Dans cette étude, les « comportements à risque » sont : consommation de drogue au cours de la vie/au cours des 30 derniers jours, avoir eu un rapport sexuel au cours de la vie/au cours des 3 derniers mois, âge précoce au 1^{er} rapport sexuel, nombre de partenaires sexuels, une consommation de drogue/d'alcool précédant le dernier rapport sexuel, idées suicidaires, planification d'un suicide, tentative de suicide.

physiques et les menaces homophobes. Les jeunes gays ou bisexuels suicidants ont une probabilité plus élevée d'avoir révélé leur orientation sexuelle à leurs parents ou à leur fratrie, sans qu'un lien de causalité ou de conséquence puisse clairement s'établir. Si ces résultats ne peuvent être généralisés, les auteurs jugent qu'ils sont suffisamment alarmants pour justifier une attention particulière à la détresse liée au dévoilement (*coming out*) volontaire ou involontaire de l'orientation sexuelle du sujet vis-à-vis de sa famille et de ses proches. Nous avons également constaté en France cette difficulté de s'ouvrir à sa famille ; en cas de reproche ou de rejet après le dévoilement, une haine de soi peut se mettre en place, une haine de cet autre en soi qui menace de rompre le lien d'amour avec un (ou les) parent(s), et qui est porteur de honte pour soi et sa famille [48]. Cette violence symbolique (ou sa crainte) peut précipiter l'apparition de gestes suicidaires, notamment lorsque l'attachement aux parents ou aux proches est fort, ou lorsque les règles relationnelles dans la famille manquent de souplesse pour accepter une diversité inattendue en son sein [29]. La période qui entoure ce moment crucial d'affirmation de l'identité sexuelle (et de deuil de l'hétérosexualité) est particulièrement délicate, surtout lorsque le dévoilement n'est pas volontaire [31, 44].

Dans son enquête auprès des lecteurs de la presse gay de 1995, Marie-Ange Schiltz a interrogé les homo/bisexuels masculins sur leurs rapports avec leur famille. Les plus jeunes d'entre eux maintiennent pour la plupart l'entourage dans l'ignorance de leur préférence sexuelle [46]. Parmi les 16-20 ans, 61 % déclarent que leur père ignore leur homosexualité, et 49 % le déclarent s'agissant de leur mère. Ces chiffres baissent à peine parmi les 21-24 ans et, pour les 25-26 ans, 50 % de pères ignorent encore l'orientation sexuelle de leur fils ainsi que 40 % des mères. « *Lorsque l'on écoute des parents qui viennent d'apprendre l'homosexualité de leur fils, on perçoit le plus souvent que cette révélation a été vécue comme une onde de choc bouleversant la vision des liens familiaux et provoquant une nouvelle mise en mouvement de la dynamique familiale* » [47].

L'homophobie : le contexte social, facteur de stress pour les jeunes

Les résultats de ces études nord-américaines semblent vérifier l'hypothèse selon laquelle l'homophobie est un facteur qui accroît le risque de TS parmi les jeunes homo/bisexuels. Les entretiens qualitatifs que nous avons conduits auprès de treize lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres⁸ montrent que, durant la préadolescence et l'adolescence, l'homosexualité et la non-conformité de genre sont des caractéristiques vécues comme infamantes, et que la jeunesse est, pour eux, l'âge de tous les dangers [48]. Pourtant, paradoxalement, les mentalités ont évolué dans la société des adultes, grâce notamment aux débats autour du PaCS. René-Paul Leraton, responsable de la Ligne Azur, écrit dans une préface : « *Depuis maintenant trois ans et demi, nous remarquons une sorte de décalage entre générations. D'un côté, on note une visibilité de plus en plus grande d'une homosexualité adulte pleinement assumée [...] D'un autre côté, chez nombre de jeunes, on constate que la situation évolue peu : la découverte de sentiments et de désirs homosexuels plonge trop souvent encore celui ou celle qui les vit dans un désarroi destructeur* » [18].

⁸ Les personnes interviewées étaient âgées de 20 à 65 ans ; l'âge moyen était de 34,3 ans.

Le manque de compréhension, voire l'hostilité, exprimés à l'égard des personnes à orientation sexuelle non conventionnelle (et tout particulièrement des jeunes), par la famille proche, par les amis et les pairs, les collègues, tout comme l'absence de soutien de la part des intervenants scolaires et socioculturels, contribuent au sentiment d'isolement et à une moindre estime de soi. Fréquemment, ces jeunes ne peuvent trouver un lieu sûr (surtout les adolescents mineurs) où ils pourraient exprimer librement leur personnalité, sans risquer un jugement dévalorisant ni un label infamant, et trouver une écoute et un soutien qui atténueraient leur désarroi et leur désespérance [18]. L'homophobie est particulièrement accentuée durant la préadolescence et l'adolescence (l'injure « pédé » est la plus répandue dans les cours de récréation et considérée comme la plus humiliante pour les garçons) car elle se trouve liée au processus de construction de la masculinité et de la féminité s'appuyant, notamment, sur le rejet de tout trait « féminin » chez les garçons et la dévalorisation de certains traits « masculins » chez les filles. Cette discrimination est d'autant plus éprouvante pour ces jeunes gays et lesbiennes (ou considérés comme tels) que les personnels et les élèves témoins de ces agressions se gardent en général d'intervenir, craignant d'être à leur tour victimes d'agression homophobe par une sorte d'effet de contamination. Nos entretiens nous révèlent que cette passivité, surtout celle des adultes, contribue dans une grande mesure à la souffrance des jeunes qui subissent de telles agressions. La situation est tout aussi difficile pour les jeunes qui sont traités comme homosexuels à cause d'une non-conformité de genre ou parce qu'ils n'adoptent pas les stéréotypes sexuels.

Conclusion

L'homo/bisexualité tend aujourd'hui à devenir une orientation sexuelle non seulement possible, mais également potentiellement épanouissante pour un individu [11, 27]. Pourtant, il faut bien encore constater que les jeunes homo/bisexual(e)s encourent davantage que les hétérosexuels le risque de développer des conduites suicidaires. Ceci pourrait sembler devoir nous renvoyer aux approches pathologisantes qui ont longtemps marqué les thèses sur l'homo/bisexualité, en renforçant l'hypothèse d'une association entre homosexualité et pathologie mentale. Mais, en réalité, les résultats que nous présentons ici se démarquent d'un tel écho, et insistent tous sur le fait que l'homosexualité, en soi, ne constitue pas une cause directe de ces comportements. Si tous les jeunes homo/bisexual(e)s ne vivent pas des situations dramatiques, ceux qui ne se sentent pas suffisamment soutenus par leurs proches, et ne parviennent pas à donner du sens à leur « différence », souffrent des attitudes homophobes de leur environnement social ; c'est un facteur aggravant vis-à-vis du risque suicidaire pour ces jeunes, et ce d'autant plus qu'il est sous-estimé ou nié.

Ainsi, si l'on suit une échelle qui va du déni de l'homosexualité à une analyse critique de l'attitude homophobe de la société, en passant par une phase d'intériorisation de l'oppression homophobe puis par un sentiment très profond d'être différent des autres homosexuels, seuls les deux attitudes extrêmes de cette échelle, le déni et l'acceptation profonde de son homosexualité, semblent constituer véritablement des facteurs de protection vis-à-vis du suicide [48]. À l'inverse, sortir du déni dans un environnement hostile, ou être identifié à son insu comme homosexuel, sont des facteurs de risque importants. Un accompagnement non

intrusif et de proximité, pendant la période où le jeune luttera contre sa propre homophobie intériorisée, paraît d'autant plus nécessaire que les attitudes et comportements homophobes sont tolérés par l'environnement social. Tout se passe comme si depuis l'enfance, le jeune s'était construit autour d'un repoussoir qu'il lui faut maintenant transformer en pôle intégrateur de sa personnalité.

Ce contexte difficile, qui est lié au sexisme (considérant le féminin comme inférieur au masculin) et à l'hétérosexisme (considérant comme acquise l'orientation hétérosexuelle des individus), prévaut particulièrement dans le milieu scolaire, parascolaire ou d'apprentissage, et dans les familles. Il importe donc de lutter contre l'homophobie, d'informer, de sensibiliser, de façon à diminuer la souffrance et le désarroi chez ces jeunes (et leurs proches), et donc à abaisser la fréquence des TS et des décès par suicide. Des études épidémiologiques sur ce sujet, notamment auprès de populations jeunes, sont indispensables pour éclairer les mesures de santé publique dans ce domaine.

Références bibliographiques

1. Adam P. Dépression, tentatives de suicide et prise de risque parmi les lecteurs de la presse gay française. Communication à la conférence *AIDS Impact*, Brighton, 2001.
2. 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 ; 185 : 1-8.
3. Archambault P. États dépressifs et suicidaires pendant la jeunesse : résultats d'une enquête sociodémographique chez les 25-34 ans. *Population* 1998 ; 53 (3) : 477-516.
4. Badeyan G, Parayre C. Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique. *Études et Résultats* 2001 ; 109 : 1-8.
5. Bagley C, Tremblay P. Suicidality problems of gay and bisexual males : evidence from a random community survey of 750 men aged 18 to 27. In : Bagley C, Ramsay R, eds. *Suicidal behaviour in adolescents and adults : research, taxonomy and prevention*. Aldershot : Ashgate, 1997 : 177-95.
6. Blake S, Ledsky R, Lehman T, Goodenow C, Sawyer R, Hack T. Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents : the benefits of gay-sensitive HIV instructions in schools. *Am J Publ Health* 2001 ; 91 (6) : 940-6.
7. Borillo D. *L'homophobie*. Collection *Que sais-je ?* Paris : PUF, 2000.
8. Bourgoin N. Suicide et activité professionnelle. *Population* 1999 ; 54 (1) : 73-102.
9. Bozon M, Leridon H. Les constructions sociales de la sexualité. *Population* 1993 ; 48 (5) : 1173-96.
10. Bozon M. Des rites de passage aux « premières fois » : une expérimentation sans fins. *Agora* 2002 ; 28 : 22-33.

11. Castaneda M. *Comprendre l'homosexualité : des clés, des conseils pour les homosexuels, leurs familles, leurs thérapeutes*. Collection *Réponses*. Paris : Robert Laffont, 1999.
12. Choquet M, Ledoux S. *Le temps des premières expériences sexuelles*. In : Choquet M, Ledoux S, eds. *Adolescents : enquête nationale*. Collection *Analyses et prospective*. Paris : Éditions Inserm, 1994.
13. Cochand P, Bovet P. HIV infection and suicide risk : an epidemiological inquiry among male homosexuals in Switzerland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998 ; 33 : 230-4.
14. Cochran S, Mays V. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners : results from NHANES III. *Am J Publ Health* 2000 ; 90 (4) : 573-8.
15. Cochran S, Mays V. Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. *Am J Epidemiol* 2000 ; 151 (5) : 516-23.
16. Debout M. *La France du suicide*. Paris : Stock, 2002.
17. Diaz R, Ayala G, Bein E, Henne 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. *Am J Publ Health* 2001 ; 91 (6) : 927-32.
18. Dorais M. *Mort ou Fif : la face cachée du suicide chez les garçons*. Montréal : VLB Éditeur, 2001.
19. Faulkner A, Cranston K. Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *Am J Publ Health* 1998 ; 88 (2) : 262-6.
20. Firdion JM, Laurent R. Effet du sexe de l'enquêteur : une enquête sur la sexualité et le sida. In : Bajos N, Bozon M, Ferrand A, Giami A, Spira A, eds. *La sexualité au temps du sida*. Collection *Sociologie d'aujourd'hui*. Paris : PUF, 1998 : 117-49.
21. Firdion JM. *Le risque de suicide chez les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle (lesbiennes, bisexuels, gais)*. Groupe de travail sur « le suicide des jeunes ». Paris : Homosexualités et Socialisme, 2001.
22. Fize M. L'homosexualité chez les 11-15 ans : regard du sociologue. *Adolescence* 2001 ; 19 (1) : 313-8.
23. Garofalo R, Wolf C, Wissow L, Woods E, Goodman E. Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999 ; 153 : 487-93.
24. Gasquet I, Choquet M. Spécificité du comportement suicidaire des garçons à l'adolescence, implications thérapeutiques. In : Braconnier A, Chiland C, Choquet M, Pomarède R, eds. *Adolescentes, adolescents : psychopathologie différentielle*. Paris : Bayard Éditions, 1995 : 81-91.
25. 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. *Am J Publ Health* 2001 ; 91 (6) : 933-9.
26. Guilbert P, Pommereau X, Coustou B. Pensées suicidaires et tentatives de suicide. In : Guilbert P, Baudier F, Gautier A, eds. *Baromètre santé 2000 : résultats*, vol. 2. Paris : Éditions CFES, 2001 : 163-85.
27. Gutton P. Processus homosexuels de puberté. *Adolescence* 2001 ; 19 (1) : 9-28.
28. Hawton K, Arensman E, Wasserman D. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health* 1998 ; 52 (3) : 191-4.

29. Hefez S, Marty-Lavauzelle A. Homosexualité et famille. *Adolescence* 1989 ; 7 (1) : 97-104.
30. Herrell R, Goldberg J, True W, Ramakrishnan V, Lyons M, Eisen S, Tsang M. Sexual orientation and suicidality. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 56 : 867-74.
31. Hershberger S, D'Augelli A. The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Dev Psychol* 1995 ; 31 (1) : 65-74.
32. Jouglu E, Péquignot F, Chappert JL, Rossollin F, Le Toullec A, Pavillon G. La qualité des données de mortalité sur le suicide. *Rev Epidemiol Santé Publ* 2002 ; 50 (1) : 49-62.
33. Lhomond B. Attirance et pratiques homosexuelles. In : Lagrange H, Lhomond B, eds. *L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Collection *Recherches*. Paris : La Découverte, 1997 : 183-226.
34. Lhomond B, Michaels S, Levinson S, Mailloux M. *Jeunes et sexualités*. Rapport DGS/ ministère de la Jeunesse et des Sports/Centre Gai et Lesbien, janvier 2003.
35. Le Heuzey MF. *Suicide de l'adolescent*. Collection *Consulter, prescrire*. Paris : Masson, 2001 : 120 p.
36. Leroy-Forgeot F. Fondements et aspects de la figure négative de l'homosexuel(le). Cours de DESS *Conseiller-médiateur genres et sexualités* (document ronéoté). Reims : Faculté de Droit et Sciences Politiques, 2001.
37. Marcelli D, Berthaut E. *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence*. Collection *Les âges de la vie*. Paris : Masson, 2001.
38. Nizard A, Bourgoin N, de Divonne G. Suicide et mal-être social. *Population et Sociétés* 1998 ; 334 : 4 p.
39. Paul J, Catania J, Pollack L, Moskowitz J, Canchola J, Mills T, Binson D, Stall R. Suicide attempts among gay and bisexual men : lifetime prevalence and antecedents. *Am J Publ Health* 2002 ; 92 (8) : 1338-45.
40. Pommereau X. *L'adolescent suicidaire*. Collection *Enfances*. Paris : Dunod, 1996.
41. Proctor C, Groze V. Risk factors for suicide among gay, lesbian, and bisexual youths. *Social Work* 1994 ; 39 (5) : 504-13.
42. Remafedi G, French S, Story M, Resnick M, Blum R. The relationship between suicide risk and sexual orientation : results of a population-based study. *Am J Publ Health* 1998 ; 88 (1) : 57-60.
43. Rey A, Gibson P. Beyond high school heterosexuals' self-reported anti-gay/lesbian behaviors and attitudes. In : Harris M, ed. *School experiences of gay and lesbian youth : the invisible minority*. New York : The Harrington Park Press, 1997 : 65-84.
44. Rotheram-Borus MJ, Hunter J, Rosario M. Suicidal behavior and gay-related stress among gay and bisexual male adolescents. *J Adolesc Res* 1994 ; 9 (4) : 498-508.
45. Russell S, Franz B, Driscoll A. Same-sex romantic attraction and experiences of violence in adolescence. *Am J Publ Health* 2001 ; 91 (6) : 903-6.
46. Schiltz MA. Parcours des jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête de modes de vie. *Population* 1997 ; 52 (6) : 1485-538.
47. Thévenot X. Les homosexualités masculines et leur nouvelle visibilité. *Études* 1999 ; 3904 : 461-71.
48. Verdier É, Firdion JM. *Homosexualités et suicide : études, témoignages et analyse*. Montblanc : H&O Éditions, 2003.