

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

DOSSIERS SANTÉ EN ACTION

# Les minorités sexuelles face au risque suicidaire

[Nouvelle édition 2014]

[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)  
**inpes**  
éditions

## **Les minorités sexuelles face au risque suicidaire**



# Les minorités sexuelles face au risque suicidaire

Acquis des sciences sociales  
et perspectives

[Nouvelle édition 2014]

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. [Nouvelle édition 2014].*  
Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2014 : 140 pages.

ISBN 978-2-9161-9222-2

## Les 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**, **Romain Guignard**, **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.



# Préface

*Pour les jeunes des minorités sexuelles et ceux qui se questionnent sur leur identité sexuelle ou de genre, l'affirmation de soi à l'adolescence peut prendre une dimension dramatique, en raison de la stigmatisation à laquelle ils sont amenés à faire face. Une stigmatisation favorisant le repli sur soi, l'isolement ; et parfois une véritable mise en danger sanitaire et sociale : troubles du comportement, conduites addictives, surrisque suicidaire (par rapport à leurs pairs hétérosexuels).*

*Tel était le constat que dressait en 2010 la première édition de cet ouvrage, qui faisait le point sur plus de quinze ans de recherches et d'études en sciences sociales, dans le monde et en France.*

*Aujourd'hui, en 2013, dans un contexte marqué par des efforts répétés de la part des pouvoirs publics (un large plan d'actions interministériel est en cours, un rapport avec des recommandations pour lutter contre les discriminations LGBT-phobes à l'école a été récemment remis au ministre de l'Éducation nationale), il nous a semblé utile d'actualiser notre travail, afin de rendre compte à la fois des progrès de la recherche mais aussi des nouvelles pistes d'actions.*

*Ces nouvelles connaissances ont vocation à conforter ou à affiner les stratégies de prévention, d'éducation et de promotion*



*globale de la santé mises en place depuis plusieurs années par le ministère en charge de la santé, avec le concours de l'Inpes. Celles-ci visent à créer des milieux favorables à l'épanouissement de tous les jeunes, en favorisant le dialogue autour de la découverte de la sexualité et de l'homosexualité, afin de lever les tabous et de renforcer l'acceptabilité de toutes les orientations, de toutes les identités.*

**D<sup>r</sup> Thanh Le-Luong**

Directrice générale de l'Inpes

# Sommaire

	<b>I</b>	<b>Préface</b>
13	<b>I</b>	<b>Résumé</b>
17	<b>I</b>	<b>Première partie   Suicide et orientation sexuelle : une problématique récente</b>
20	<b>I</b>	<b>Le suicide en France</b>
20		Tendances du suicide durant les dernières décennies
22		Qualité des données recueillies et sous-déclaration des suicides
23		Tentatives de suicide et pensées suicidaires comme marqueurs du risque suicidaire
25		Une complexité difficile à cerner
25	<b>I</b>	<b>La recherche statistique des déterminants du suicide : de la pathologie à la question sociale</b>
27	<b>I</b>	<b>L'apparition de la question des minorités sexuelles</b>
27		L'orientation sexuelle comme facteur de risque suicidaire
28		Difficulté d'analyse de l'effet « sexuel » : approches par le comportement, l'identité, les attirances



30		<b>Questions éthiques et méthodologiques</b>
30		Suicide et homosexualité : l'introduction de questions « sensibles » dans les enquêtes statistiques en France
31		Des problèmes scientifiques délicats
32		Des impératifs en termes de méthodologie d'enquête
33		<b>Une préoccupation de santé publique récente</b>
35		Deuxième partie   <b>Tentative de suicide : une prévalence plus élevée chez les homo-/bisexuels</b>
35		<b>Les premières enquêtes nord-américaines</b>
37		<b>Quelques enquêtes dans d'autres contextes nationaux</b>
41		<b>Les enquêtes récentes</b>
44		<b>Les enquêtes en France</b>
49		Troisième partie   <b>Le rôle central de l'homophobie dans le risque suicidaire</b>
53		<b>L'homophobie : une discrimination spécifique, difficile à évoquer avec sa famille</b>
57		<b>Le lien avec des événements douloureux durant l'enfance</b>
58		<b>Minorité sexuelle et construction de soi</b>
59		Certains jeunes des minorités sexuelles sont particulièrement à risque
62		L'apprentissage de la relation amoureuse
63		<b>Genre, homophobie et comportements suicidaires</b>
63		Les garçons : masculinité et affirmation de soi
65		Les filles : contrôle social et épanouissement individuel
67		<b>Facteurs de protection et facteurs de risque</b>
69		Quatrième partie   <b>L'homophobie : une forme de sexisme ?</b>
71		<b>L'homosexuel(le) : un bouc émissaire</b>

72		<b>Homophobie, sexisme : un même rejet du féminin</b>
74		<b>La non-conformité de genre, facteur de risque pendant l'enfance et l'adolescence</b>
76		<b>Quelques éléments de contexte spécifiques aux minorités sexuelles</b>
79		<b>Cinquième partie   Des pistes pour l'action</b>
80		<b>Au niveau de l'individu</b>
83		<b>Au niveau de la famille et des proches</b>
84		Les parents
87		La fratrie, les amis et les proches
88		<b>En milieu scolaire ou périscolaire</b>
89		Les actions auprès des jeunes dans les établissements
92		Les actions auprès des professionnels intervenant en milieu scolaire
94		<b>Les actions impliquant les services sociaux</b>
95		<b>Les actions impliquant les professionnels de santé et les structures de soin</b>
100		<b>Les actions dans d'autres contextes</b>
100		En prison
100		Auprès des associations familiales
101		Dans les bibliothèques
101		<b>Le rôle de l'État</b>
101		Les actions du ministère en charge de la santé
103		Soutenir des espaces d'expression
104		Communiquer spécifiquement sur l'homophobie
104		Développer la recherche et les études
107		<b>Annexes</b>
109		<b>Bibliographie</b>
135		<b>Les principales études américaines de la fin des années 1990</b>



## Résumé

Depuis quinze ans, le lien entre suicide et orientation sexuelle est peu à peu apparu comme particulièrement fort et a été pris en compte dans les préoccupations et les recherches portant sur les discriminations. Les personnes homosexuelles ou bisexuelles apparaissent en effet plus concernées que les autres par le risque de suicide. Bien sûr, pour ces personnes – comme pour toute personne, quels 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, isolement ou mode de vie solitaire, situation de stress économique, de misère, de souffrance au travail, 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. Afin de prendre en compte de manière globale les effets de l'homophobie sur la suicidalité, les études ont ajouté à l'observation des pratiques sexuelles une approche en termes d'« attirances sexuelles » et de caractéristiques comportementales de « non-conformité aux stéréotypes de genre<sup>1</sup> ».

## 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 gay, lesbienne et transgenre et les tentatives de suicide. Les résultats disponibles en France (enquêtes ENVEFF 2000, Baromètres santé Inpes 2005 et 2010) 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, indiquent que l'hypothèse de l'homophobie comme facteur de risque<sup>2</sup> de comportement suicidaire est pour l'instant l'hypothèse la plus solide pour comprendre la sursuicidalité observée en population homo-/bisexuelle. Les phénomènes d'exclusion, de mépris et de stigmatisation associés à un mode de vie minoritaire peuvent en effet conduire à une perte d'estime de soi, une perte de confiance dans l'avenir et dans les autres. L'hypothèse d'une

---

1. 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.

2. Comme le rappelle Michel 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 ».

homosexualité comme facteur favorisant en soi les conduites suicidaires apparaît en revanche invalidée par les travaux nord-américains les plus récents.

La non-conformité de genre<sup>3</sup> 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 homosexuel(le)s masculins et féminins. Si les hommes sont enjoins 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 possible discrimination, le coût psychique et physique s'avère souvent élevé, y compris 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, la faible mobilisation de la communauté LGBT en

---

3. Non-respect par un individu des normes ou attentes explicites ou implicites (prévalant dans son groupe d'appartenance ou son entourage proche ou lointain) relatives au comportement supposé d'individus de son sexe.



faveur du bien-être et du renforcement de l'estime de soi des jeunes des minorités sexuelles et la précocité des préjugés – qui peuvent toucher de manière très large tout(e) 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 de prévention de l'homophobie et du risque suicidaire. Au niveau national, le gouvernement a initié en 2012 un vaste programme d'actions contre les violences et les discriminations commises à raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, qui mobilise plusieurs ministères et s'attache particulièrement à la prévention des risques pour les jeunes LGBTQ. Par ailleurs, un rapport contenant des recommandations pour lutter contre les discriminations LGBT-phobes à l'École a été récemment remis au ministre de l'Éducation nationale.

D'autres pistes d'actions, parfois inspirées d'exemples étrangers, pourraient être envisagées. Faire un état des lieux des actions et des ressources existant 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 ou de conseils méthodologiques à l'intention des acteurs locaux. Il serait également important de poursuivre la sensibilisation des 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 serait aussi bénéfique de renforcer la mobilisation autour de ces thématiques de la communauté LGBT et des associations militantes dans ce secteur. Trop souvent, la communication en direction des minorités sexuelles s'est focalisée sur la « gestion des risques » (discrimination, maladies...). L'investissement dans la revendication d'égalité de droit au mariage va par contre dans le sens de la construction d'une situation plus propice au bien-être et montre la voie pour d'autres actions positives. Il semble enfin primordial de continuer à améliorer nos connaissances sur ces phénomènes, en menant des recherches qui intègrent plus nettement ces thématiques dans des enquêtes empiriques.

# 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)<sup>4</sup>, 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 valables<sup>5</sup>. 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. Dans cet ouvrage, nous nous attacherons plus particulièrement à l'étude des facteurs sociaux qui rentrent en jeu dans le phénomène de la sursuicidalité des minorités sexuelles, mais cette recherche ne dispense évidemment pas de l'étude des facteurs de causalité individuels abondamment décrits dans la littérature (Marcelli et Berthaut 2001, p. 148).

---

4. E. Durkheim, *Le suicide*, Paris : PUF, 2007.

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

Le mal-être social est dû à un environnement défavorable, comme des conditions économiques éprouvantes (pauvreté, perte d'emploi, perte de logement, chute des revenus, conditions de travail...<sup>6</sup>), 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<sup>7</sup> ». 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 1992<sup>8</sup>, celle contre les discriminations basées sur l'orientation sexuelle de 2002<sup>9</sup>). 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 idéations<sup>10</sup> 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. 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 au respect des différences).

### ENCADRÉ 1 Précisions méthodologiques

Notre **recherche bibliographique** s'est tentatives de suicide, pensées suicidaires  
organisée autour des études sur le lien entre et minorités sexuelles, avec une attention



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

7. Par exemple, Debout 2002, Le Heuzey 2001, Marcelli et Berthaut 2001.

8. 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).

9. 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).

10. 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.

particulière accordée aux études quantitatives. Les bases interrogées ont été Medline (Pubmed), la BDSF, 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 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 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 2 à 4 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 (Schiltz et Pierret 2008, Pollak 1988). 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), exposition bien connue en épidémiologie. Occasionnellement et par commodité de langage, le terme peut dénoter une caractéristique du groupe (sexe, âge, milieu social) 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 sup-

posés 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<sup>1</sup>. 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*.

1. 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. En dépit de la baisse observée à partir des années 1990, et malgré

les progrès de l'intervention médicale d'urgence (Samu, pompiers...), il subsiste en France plus de 11 000 décès par suicide chaque année (Aouba *et al.* 2011). Plus de 200 000 personnes font une tentative de suicide chaque année, ces tentatives donnant lieu à environ 90 000 hospitalisations. Une partie des suicidants (entre 15 et 20 %) sont directement dirigés vers un service psychiatrique après leur passage aux urgences (Chan-Chee *et al.* 2011) et n'entrent pas dans l'estimation des 90 000 hospitalisations pour tentatives de suicide en médecine somatique. Jugée préoccupante par diverses instances<sup>11</sup>, cette situation 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 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). Avec un taux de suicide d'environ 18 décès pour 100 000 habitants, la France se classe parmi les pays occidentaux à forte mortalité par suicide, après la Finlande, les trois pays baltes, la Hongrie, la Belgique et la Slovaquie. Une étude sur les effets d'âge et de génération semble indiquer une vulnérabilité accrue vis-à-vis du suicide des générations nées après la Seconde Guerre mondiale, ce qui laisse imaginer une tendance à la hausse des taux de suicide dans les années à venir (Anguis *et al.* 2002).

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 (non abouties) 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 7,6 % pour les femmes et 3,2 % pour les hommes (Beck *et al.* 2011). Les personnes divorcées séparées et les célibataires présentent un risque plus grand, de même que les chômeurs. L'enquête SMPG permet également de juger de la gravité du risque suicidaire<sup>12</sup> des personnes enquêtées ; celui-ci est considéré comme élevé pour 2 % des femmes et 1,7 % des hommes, en particulier pour les jeunes avec près de 3 % pour les 18-29 ans (Mouquet *et al.* 2006).

---

11. Voir par exemple les avis du Conseil économique et social, du Haut Comité de la Santé Publique et les conférences de consensus menées en 1998 puis en 2000 par l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, devenue depuis 2005 la Haute Autorité de santé ou HAS).

12. 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* ».

## 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. D'une part, les statistiques sur les causes de décès souffrent d'une sous-déclaration lors de l'enregistrement légal de la cause du décès ; d'autre part, 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 temps que l'on observe peuvent être considérées comme valables (Nizard *et al.* 1998). La sous-déclaration, longtemps estimée à environ 20 %, a été récemment revue pour atteindre 9 %, ce qui porterait le nombre de décès par suicide aux alentours de 11 000 pour l'année 2006 (Aouba *et al.* 2011). Si le biais donne ainsi lieu à correction en matière d'effectif, pour effectuer une analyse plus fine, il n'est toutefois 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 proches<sup>13</sup> ; 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)<sup>14</sup>.

En conséquence, 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 estimer la prévalence sur la vie entière. De tels travaux posent la question de l'extrapolation des résultats obtenus à partir des tentatives de suicide, mais

---

13. L'autopsie psychologique est une méthode apparue dans les années 1960 pour étudier les 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).

14. On pourra se reporter aussi à la remarque de Justin Richardson (1995) au sujet des suicides de jeunes gays et lesbiennes (voir p. 27), 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 ».

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 (Hawton *et al.* 1999, Kessler *et al.* 1999), elles correspondent soit à l'expression d'une humeur dépressive, soit à une stratégie de *coping*<sup>15</sup> face à un épisode dépressif ou une situation de souffrance intense (McDermott *et al.* 2008 : 819). Elles peuvent être chroniques ou singulières, modérées ou intenses (Sekero 2006). Plus répandues que les tentatives de suicide, 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.

En population générale française, les pensées suicidaires sont plus répandues parmi les femmes, les inactifs (étudiants, chômeurs et personnes au foyer), mais semblent relativement indépendantes du diplôme (Beck *et al.* 2011, 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,

---

15. « 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).



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.

## ENCADRÉ 2

### 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<sup>1</sup>. 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 l'index* »<sup>2</sup>. 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 tentative de suicide, 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<sup>3</sup>.

1. Suppe F. 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, 1985 ; Isay R. *Being Homosexual. Gay Men and Their Development*. New York : Penguin Books, 1989 (rééd. 1993) ; Rubinstein G. The decision to remove homosexuality from the DSM : Twenty years later. *American Journal of Psychotherapy*, 1995, 49 (3) : 416-427 ; King M. Dropping the diagnosis of homosexuality : did it change the lot of gays and lesbians in Britain ? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2003, 37 : 684-688 ; Loubert C. Le discours thérapeutique face aux homosexualités. In : Richard et Seguin, éd. *Homosexualités et tolérance sociale*, Moncton (Canada) : éditions d'Arcadie, 1988 ; Maleval J.-C. Limites et dangers des DSM. *L'Évolution Psychiatrique*, 2003, 68 (1) : 39-61.

Cette critique est encore vive dans le monde anglo-saxon, et l'on peut citer en 2009 la traduction en français du livre de Christopher Lane paru en 2007 *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions* (Flammarion), qui est une analyse très critique du DSM, selon le journal *Le Monde* du 6 mars 2009.

2. Marcelli et Berthaut 2001, p. 147.

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

## 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 et 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 suicidant<sup>16</sup> n'a pas été hospitalisé ou a seulement séjourné au service des urgences d'un hôpital (ce qui serait le cas de 80 % des tentatives de suicide 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.

Les grandes enquêtes probabilistes<sup>17</sup> auprès de la population générale contiennent 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

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

17. On parle d'échantillon probabiliste ou aléatoire lorsque tous les individus de l'univers considéré ont une probabilité d'inclusion connue et non nulle dans l'échantillon tiré au hasard. Cela nécessite en principe la constitution d'une base de sondage correspondant au champ de l'enquête (par exemple, une liste de numéros téléphoniques ou d'adresses).

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 séro-positives souffrent notamment des effets secondaires des thérapies mises en œuvre, de l'isolement et de la discrimination à leur égard (Velter 2007, Préau *et al.* 2007, Cochand et Bovet 1998). 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 polyconsommations) 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 à 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 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, violence subie 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 (ENVEFF : *Enquête nationale sur la violence envers les femmes* de l'IDUP-CNRS-Inserm : Jaspard *et al.* 2003) ou sur la santé (enquêtes EVS *Événements de vie et santé* de la Drees et *Santé inégalités ruptures sociales* de l'Inserm-CNRS : Roustit *et al.* 2008 ; Cavalin, 2007). 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 suicide<sup>18</sup>. Nous allons maintenant l'évoquer brièvement.

---

18. 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?".

## 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*<sup>19</sup> 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 de tentative de suicide parmi les minorités sexuelles (Firdion 2001, McDaniel *et al.* 2001). Nous y reviendrons en détail p. 35-44.

## 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 et 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 et Lhomond 1997), c'est-à-dire au moins deux adolescents par classe d'une trentaine d'élèves<sup>20</sup>. La découverte d'une orientation homosexuelle ou la réalisation de comportements homosexuels peut être vécue comme une épreuve, une source d'angoisse et de honte, et contribuer de ce fait à un état dépressif, à une dévalorisation de soi, voire au passage à l'acte suicidaire

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

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

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 tentatives de suicide 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, homophobie<sup>21</sup>) 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. 49-68).

Les effets des discriminations basées sur le rejet de l'homosexualité et des comportements homosexuels ont été évoqués depuis longtemps (par exemple Bell et Weinberg 1978), mais leur étude s'est surtout développée depuis que les 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 (Whitbeck *et al.* 2004, Corliss *et al.* 2002) qu'à l'âge adulte (Cochran et Mays 2007, Balsam *et al.* 2005, Meyer 2003) ; 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 VIH/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.

---

21. 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. 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).

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 de dégager 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 partenaire(s) sexuel(s) (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 déclarée (à travers des questions comme « *Vous définissez-vous comme homosexuel, bisexuel, hétérosexuel ?* »); cependant, on a pu constater que cette identité sexuelle (hétérosexuelle, lesbienne, gay, bisexuelle, homosexuelle, « en question »<sup>22</sup>) ne correspondait pas toujours aux pratiques sexuelles réelles (homo- ou hétérosexuelles) rapportées dans les mêmes questionnaires, ni même aux attirances sexuelles; les différentes approches apparaissaient donc complémentaires.

Par ailleurs, les pratiques sexuelles ne sont pas seules en cause. Une étude menée auprès de jeunes Norvégiens (12-20 ans) estime que la prévalence des tentatives de suicides est plus élevée parmi les jeunes qui ont des attirances homosexuelles ou une identité sexuelle minoritaire ainsi que des comportements ou attitudes étiquetés « homosexuels » (18 %), que parmi les jeunes qui ont cette identité ou ces attirances mais n'ont pas ces comportements ou attitudes perçus comme « homosexuels » par leur entourage (5 %); les jeunes qui ne déclarent ni cette identité ni ces attirances mais ont de tels comportements ou attitudes se trouvent dans une position intermédiaire (12 %) (Wichstrøm et Hegna 2003). Plusieurs études qui prennent en compte les effets de l'homophobie ont ainsi ajouté aux pratiques sexuelles, aux « attirances sexuelles » et à l'identité sexuelle, les caractéristiques comportementales de « non-conformité aux stéréotypes de genre » passées et présentes<sup>23</sup> (Plöderl et Fartacek 2009,

---

22. Cette modalité « en question » concerne les personnes qui s'interrogent sur leur identité sexuelle. Cela ne correspond pas forcément à une pratique homosexuelle ni à une future identité LGBTQ, mais peut traduire une incertitude et un inconfort dans ce domaine, un mal-être social (Pollack 1999, p. 220-221). Par exemple, Elisabeth Saewyc (Saewyc et al. 2004) recommande pour la question « *How would you describe your sexual orientation?* » d'ajouter deux items complémentaires : « *I am not sure yet* » et « *I don't understand this question* » (ce dernier item récupérant les personnes qui lisent difficilement). Michelle Birkette regroupe quant à elle dans la catégorie « *sexually questioning* » les répondants qui déclarent être « *sometimes, a lot, or always confused about whether they were LGBTQ* » (Birkett et al. 2009). Voir aussi note 50 p. 60.

23. 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*).

Rieger *et al.* 2008, Friedman *et al.* 2006, Skidmore et Linsenmeier 2006, D'Augelli *et al.* 2005, Fitzpatrick *et al.* 2005). D'autres travaux ont montré que les taux de non-réponse sur ces sujets 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 (Saewyck *et al.* 2004, Rogers *et al.* 1999).

Il reste encore bien des connaissances à acquérir dans ce domaine, d'autant qu'apparaît, outre la catégorie d'adolescents qui se questionnent sur leur orientation sexuelle et celle d'adultes qui se déclarent « incertains » au sujet de leur identité sexuelle, la catégorie des transgenres<sup>24</sup>, qui n'est pas une orientation ni une identité sexuelle, mais une identité sexuée qui pose question à l'identité sexuelle (celle-ci devient ardue à définir : une transgenre *male-to-female* qui est attirée par un homme est-elle homo- ou hétérosexuelle ?<sup>25</sup>).

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 VIH/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 nationale Informatique et Liberté), qu'à la condition que ces informations soient en rapport avec le thème central de l'enquête, lui-même en rapport

---

24. 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.

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

avec un problème social (par exemple, la santé publique et la prévention du VIH/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 et Bozon 1993), la forte demande sociale (au sujet de la prévention du VIH/sida ou 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 et 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, Baromètres santé Inpes, enquête EVS). 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 socio-démographiques 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 tentative de suicide, par exemple). Il convient donc de prendre garde à 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 confusion<sup>26</sup>, 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 sur-suicidalité des gays et des lesbiennes proposent des résultats en termes de rapport de risque – *odds ratios*<sup>27</sup>. 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 vie<sup>28</sup>. 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,

26. « 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 tentative de suicide) et à un facteur de risque (être LGB), qui modifie l'estimation de l'influence du facteur de risque sur le comportement étudié. Par exemple, avoir été placé augmente significativement le risque d'avoir fait une tentative de suicide (Pronovost *et al.* 2003, Vinnerljung et 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 ».

27. « *Odds ratio* » ou « rapport de cotes » : il s'agit d'un ratio qui approxime le 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 ; un *odds ratio* inférieur à 1 signifie qu'il y a un sous-risque ou une protection pour la population exposée ; un *odds ratio* supérieur à 1 signifie qu'il y a un surrisque. Plus l'*odds ratio* est élevé, plus le surrisque 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.

28. 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).

disposer de suffisamment d'enquêtes correspondant aux minorités sexuelles, c'est permettre de produire des estimations nationales (prévalences, incidences, moyennes) et de comparer leurs situations à celles d'autres enquêtes en raisonnant à structures comparables, 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 deux sujets 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 *a minima* 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 et 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 (voir par exemple l'étude de Koh et Ross, 2006).

## UNE PRÉOCCUPATION DE SANTÉ PUBLIQUE RÉCENTE

Grâce aux premières enquêtes, aux premiers travaux de recherche<sup>29</sup> et à l'action de groupes de pression en lien avec la communauté homosexuelle<sup>30</sup> ou d'intérêt général<sup>31</sup>, 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)<sup>32</sup> en 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 et Verdier 2003b), et il est mentionné dans une brochure de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour prévenir le suicide chez les jeunes, parue en 2006<sup>33</sup>.

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

30. Homosexualités et Socialisme, SOS-Homophobie, Centre gay et lesbien...

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

32. Cet organisme fédère 34 associations.

33. « 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'hétérosexisme<sup>34</sup>, 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 ont été produits à partir des données du Baromètre santé Inpes 2005 ; d'autres travaux sur les tentatives de suicide ont été réalisés dans l'enquête « Événements de vie et santé » de la Drees ; d'autres enfin, bénéficiant d'un questionnement plus détaillé sur les tentatives et idéations suicidaires, sont prévus à partir du Baromètre santé Inpes 2010. 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 restent encore à approfondir pour conduire des politiques de prévention et d'intervention pleinement efficaces<sup>35</sup>.

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 leurs identités (identité sexuelle / identité de genre / identité sexuée), ce qui les rend particulièrement sensibles à la perception de leur image 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.

---

34. « 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.

35. 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 surrisque 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 hétérosexuels<sup>36</sup>, tandis que les femmes homo-/bisexuelles présentent un rapport de risque de tentative de suicide de 1,4 à

36. 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 tentative de suicide 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 tentative de suicide au cours de sa vie (car ou bien elle fera une tentative de suicide, 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 observerait en première approximation (cf. l'*odds ratio*) entre 1,4 et 2,5 fois plus de tentatives de suicides déclarées dans le groupe des homo-/bisexuelles par rapport au groupe des hétérosexuelles.

2,5 fois supérieur à celui des femmes exclusivement hétérosexuelles. Les estimations de ces rapports de risque varient en fonction du champ pris en compte (classes d'âge, zones géographiques) et de la définition de la population (comportement sexuel, attirances, identité sexuelle). Nous en présentons une synthèse dans le [tableau I] (ces études sont détaillées en annexe p. 135).

**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 tentatives de suicide				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	3648	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	3365	12 derniers mois	14-19	-	-	-	-	3,7	1,4
Russel & Joyner 2001	11940	12 derniers mois	12-20	5,0 %	2,0 %	12,2 %	5,0 %	1,7	1,8
Gilman <i>et al.</i> 2001	4910	12 derniers mois	15-54	1,5 %	0,6 %	0,6 %	1,0 %	2,4	1,5 ns
Bontempo & d'Augelli 2002	9188	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 de 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 protection chez les jeunes LGB (Eisenberg et Resnik 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 substances psychoactives 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 et 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 tentatives de suicide masculins et féminins.

## QUELQUES ENQUÊTES DANS D'AUTRES CONTEXTES NATIONAUX

Des études sur ce phénomène ont été conduites dans d'autres contextes culturels [tableau II p. 39], comme en Nouvelle-Zélande (Skegg *et al.* 2003, Fergusson *et al.* 1999), en Australie (Nicholas et Howard 1998), sur l'île de Guam (Pinhey *et al.* 2004), au Japon (Hidaka et Operario 2006), en Turquie (Eskin *et al.* 2005) ou encore chez les Amérindiens (Gilbert 2004, Barney 2003). 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 [tableau III p. 40], certains sur un échantillon raisonné, d'autres sur un échantillon représentatif. Nous évoquerons ci-dessous les plus connus.

Pour les premiers, nous pouvons évoquer, en Belgique, l'enquête de Carolis van Heeringen et John Vincke (2000) qui a porté sur un échantillon raisonné de jeunes adultes. Leurs estimations sont de l'ordre de 2,5 fois plus de risques

de tentatives de suicide pour les hommes, et 6,3 fois plus pour les femmes homo-/bisexuel(le)s par rapport aux hétérosexuels de chaque sexe. Une étude norvégienne, s'appuyant sur un échantillon raisonné de gays, lesbiennes et bisexuels, 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 famille), un faible soutien de la part des amis, être dans une relation sentimentale hétérosexuelle (Hegna et Wichstrøm 2007). 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 et Wang 2003).

Des enquêtes sur échantillon représentatif ont été élaborées dans plusieurs pays européens. L'équipe du Britannique Keith Hawton (2002) a estimé le risque d'avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie sur un échantillon représentatif de 6 020 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 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, tous sexes confondus, ayant des comportements homosexuels (Wichstrøm et Hegna 2003). 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) [tableau II p. 39]. En Autriche, Martin Plöderl et Reinhold Fartacek ont mis en lien la sursuicidalité des adultes des minorités sexuelles (idéations suicidaires et tentatives de suicide) avec le stress psychologique et le manque de soutien familial (Plöderl et Fartacek 2005).

**TABLEAU II**

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

Auteurs de l'étude	Effectifs	Période prise en compte	Âges	Prévalence des tentatives de suicide				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 et Millman 2004	1 381	Micronésie (Guam)		-	-	-	-	5,0	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
Eisenberg et Resnik 2006	21 927	Minnesota (États-Unis)	13-20	29,0 %	12,6 %	52,4 %	24,8 %	2,5	2,6
Olshen <i>et al.</i> 2007	8 080	New York City (États-Unis)	14-19	-	-	-	-	3,4	2,5

\* Âge moyen.

ns : non significatif.

N.B. : Dans l'étude de Skegg *et al.* 2003, les OR ne sont pas ajustés ; dans l'étude de Pinhey et Millman 2004, la prévalence des tentatives de suicide 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.



TABLEAU III

**Études sur les risques suicidaires des minorités sexuelles en Europe dans différents contextes nationaux**

Pays	Références	Thématique	Type d'échantillon
Autriche	Plöderl et Fartacek 2005 Plöderl et Fartacek 2009 Plöderl <i>et al.</i> 2010	IS, TS Non-conformité de genre TS	Apparié Apparié Raisonné
Belgique	Cox <i>et al.</i> 2010 Haxhe et D'Amore 2013 Van Heeringen et Vincke 2000	Acculturation et dépression <i>Coming out</i> et fratrie TS	Probabiliste Raisonné Raisonné
Danemark	Mathy <i>et al.</i> 2011 Frisch <i>et al.</i> 2009	Mortalité par suicide Mortalité couples de même sexe	Registres Registres
Espagne	Navarro <i>et al.</i> 2011	<i>Bullying</i> , conformité de genre	Probabiliste
Europe Centrale (Bosnie-Herzégovine, Hongrie, Macédoine, Moldavie, Roumanie)	Quinn 2006	IS, TS	Raisonné
Italie	Buffoli et Colucci 2009 Lingiardi <i>et al.</i> 2005 Pietrantonio 1999	TS Homophobie TS	Raisonné Raisonné Raisonné
Norvège	Hegna et Wichstrom 2007 Wichstrom et Hegna 2007	TS, facteurs de risque TS	Raisonné Probabiliste
Pays-Bas	De Graff <i>et al.</i> 2006 Sandfort <i>et al.</i> 2006 Van Bergen <i>et al.</i> 2013	TS Épisode d'anxiété IS, TS	Probabiliste Probabiliste Raisonné
Royaume-Uni	Ellis 2009 Hawton <i>et al.</i> 2002 King <i>et al.</i> 2003 King <i>et al.</i> 2008 Parkes <i>et al.</i> 2011 Rivers 2000 Warner <i>et al.</i> 2004 Warwick <i>et al.</i> 2001	Diversité and inclusivité TS Santé mentale Santé mentale Violences sexuelles Harcèlement et IS Discrimination et <i>bullying</i> <i>Bullying</i> et enseignants	Raisonné Probabiliste Raisonné Méta-analyse Probabiliste Raisonné Raisonné Raisonné
Suède	Frisèn <i>et al.</i> 2012	<i>Bullying</i>	Probabiliste
Suisse	Häusermann et Wang 2003	IS, TS	Raisonné

TS : tentatives de suicide  
IS : idéation suicidaire

## LES ENQUÊTES RÉCENTES

Comme le souligne le sociologue Éric Fassin, les travaux de recherche de ce début de <sup>xxi</sup><sup>e</sup> siècle portent moins qu'auparavant sur les pratiques et les comportements sexuels : « *la sexualité est repensée à l'aune du genre (...), les questions du couple, de la famille occupent une place à la mesure de l'attention portée à ces sujets dans le débat public depuis dix ans. On s'interroge sur les adolescents ou sur les beaux-parents dans les familles homoparentales...* » (Fassin 2010, p.11). Ajoutons que les questions du mal-être social et de l'effet des discriminations ont été davantage explorées, notamment en raison des débats qui ont eu lieu autour de la question des violences scolaires et du mariage des personnes de même sexe. Nous présentons ci-dessous les principales publications parues depuis 2009, classées par domaine d'études, puis nous reviendrons plus en détail dans la partie suivante sur leurs résultats.

Une partie de ces recherches se situe encore dans le domaine des prévalences et de l'incidence des comportements suicidaires parmi les LGBTQ. Ainsi, des investigations sur la mortalité par suicide des minorités sexuelles ont été conduites (Cochran et Mays 2011, Mathy *et al.* 2011) et divers travaux ont confirmé la vulnérabilité accrue des minorités sexuelles vis-à-vis des comportements suicidaires dans différents contextes (Liu et Mustanski 2012, Van Bergen *et al.* 2012, Friedman *et al.* 2011, Marshal *et al.* 2011, Mustanski *et al.* 2010, Plöderl *et al.* 2010, Horn *et al.* 2009).

Les études sur les spécificités des minorités sexuelles font désormais davantage référence à la notion de genre, de label, de « *minority stress* » et aux phénomènes d'acculturation en relation avec le bien-être psychologique et la reconnaissance sociale (Shields *et al.* 2013, Knight et Hope 2012, Mac an Ghail et Haywood 2012, Halpern 2011, Parkes *et al.* 2011, Bauermeister *et al.* 2010, Cox *et al.* 2010, Navarro *et al.* 2010, Stieglitz 2010, Hammack *et al.* 2009, Plöderl et Fartacek 2009, Russell *et al.* 2009).

Des équipes de chercheurs ont constaté la précocité des risques suicidaires chez les minorités sexuelles (Russell et Toomey 2012, Cyrulnik 2011, Bybee *et al.* 2009). D'autres ont confirmé que les LGBTQ ont plus souvent subi des agressions durant l'enfance et l'adolescence que les hétérosexuels (McLaughlin *et al.* 2012, Thompson *et al.* 2012, Friedman *et al.* 2011).

De nombreux travaux ont porté sur les phénomènes pouvant nuire au bien-être des jeunes LGBTQ. L'homophobie (qu'elle soit subie explicitement ou intériorisée), ainsi que les stigmatisations basées sur la non-conformité aux stéréotypes de genre, ont été analysées, notamment dans leurs conséquences sur la santé mentale et la réussite académique (Clair 2012, Cox *et al.* 2010, Ross *et al.* 2010, Williamson 2010, Almeida *et al.* 2009, Heinze et Horn 2009, Herek 2009b). La présence de ces discriminations et leurs

effets dans le cadre scolaire ont été étudiés dans différents contextes (Martin-Storey et Crosnoe 2012, White 2012, Biegel 2010), en particulier les effets de l'hétérosexisme et de l'hétéronormativité en milieu scolaire (Toomey *et al.* 2012, Chesir-Taran et Hugues 2009).

Les chercheurs se sont interrogés sur les phénomènes de « *bullying* » [encadré 1] et de harcèlement en lien avec l'homophobie, dans la continuité des travaux de Neil Duncan, ainsi que sur le climat d'insécurité en milieu scolaire pour les jeunes LGBTQ (Meltzer *et al.* 2011, Arseneault et Bowes-Shakoor 2010, Berlan *et al.* 2010, Ellis 2009). Ils ont aussi étudié les processus de victimisation (Romero *et al.* 2013, Wernick *et al.* 2013, Frisèn *et al.* 2012, Shields *et al.* 2012, Birkett *et al.* 2009, Herek 2009a).

Face à ces facteurs de risque (Mustanski et Liu 2013, Liu et Mustanski 2012), les facteurs de protection ont été explorés, tels que les « *role models* »<sup>37</sup>, le « *youth empowerment* » (donner du pouvoir et des capacités aux jeunes pour qu'ils puissent agir sur leurs conditions de vie) et le rôle favorable joué par les « *gay-straight alliances* » (Bird *et al.* 2012, Fried *et al.* 2012, Storey et Crosnoe 2012, Russell *et al.* 2009, Stotzer 2009); une attention particulière a été portée au phénomène de résilience parmi les LGBTQ (Cyrulnik 2011, DiFulvio 2011, Stieglitz 2010).

L'environnement familial a été beaucoup étudié en tant que facteur de protection lorsqu'il y a soutien et aide, mais aussi en tant que facteur de risque pour l'équilibre des jeunes LGBTQ lorsque les parents et les proches n'acceptent pas leur orientation sexuelle ou leur non-conformité de genre (Consoli *et al.* 2013, Charbonner et Graziani 2011, Bouris *et al.* 2010, Needham et

### ENCADRÉ 1 Le « *bullying* »

Ce néologisme anglo-saxon 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 d'autres humiliations. Le « *bullying* » va du propos humiliant ou injurieux à l'acte criminel, en passant par la menace, l'ostracisme, l'agression psychologique et physique (Biegel 2010, p. 115). Pour une discussion sur la définition du « *bullying* », voir Brown 2008.

37. Les « *role models* » (modèles de rôles) jouent un rôle important dans le développement des adolescents; ils constituent un modèle de conduites, de valeurs et de croyances; ils développent le sentiment (positif) d'appartenir à un groupe social; ils leur permettent de prendre conscience de leur valeur personnelle et de renforcer les mécanismes de résilience. Dans le cas de groupes minoritaires, l'accès à des modèles est plus difficile, surtout lorsque le jeune souffre d'isolement (Bird *et al.* 2012).

Austin 2010, Friedman et Morgan 2009, Ryan *et al.* 2009). Les effets du réseau social de ces jeunes ont été aussi étudiés (Hatzenbuehler *et al.* 2012, Silenzio *et al.* 2009). En lien avec le point précédent, le processus de « *coming-out* » (auprès des proches ou du milieu social), qui est un moment de grande vulnérabilité, a donné lieu à plusieurs travaux (Charbonnier et Pierluigi 2013, Haxhe et D'Amore 2013, Charbonnier et Graziani 2012, Biegel 2010, Vaughan et Waehler 2010, Bybee *et al.* 2009).

L'effet péjoratif d'un contexte social hostile aux minorités sexuelles a continué à susciter des études, par exemple autour des effets de l'environnement social dans un sens plus large que celui de la famille et des amis (contexte politique, juridique, social, culturel, scolaire, sanitaire) sur la dépression et le mal-être des minorités sexuelles (O'Donnell *et al.* 2011, Hatzenbuehler 2011, Brooks *et al.* 2009, Mulé *et al.* 2009, Poteat *et al.* 2009). En s'inspirant de la démarche d'Urie Bronfenbrenner, certaines recherches ont adopté une approche écologique (influence du milieu social et environnemental au niveau macro, meso et micro) des risques de comportement suicidaire de ces populations (Dugan et Yurman 2011, Hong *et al.* 2011, O'Donnell *et al.* 2011, Brooks *et al.* 2009, Kosciw 2009, Poteat *et al.* 2009).

Les changements législatifs intervenus récemment (lois autorisant le mariage des personnes de même sexe dans certains pays) ont permis l'étude des effets de cette évolution du droit civil sur le bien-être des LGBTQ (Badgett 2011, Frost 2011, Rothblum *et al.* 2011, Shapiro *et al.* 2011, Hatzenbuehler *et al.* 2009 et 2010, Riggle *et al.* 2010), ainsi que des effets des débats politiques qui l'ont accompagnée (Maisel et Fingerhut 2011, Riggle *et al.* 2009, Rostosky *et al.* 2009). Les conséquences des propos contre le mariage des personnes de même sexe sur les proches des lesbiennes et des gays (enfants adolescents ou jeunes adultes, famille) ont également été étudiées (Goldberg et Kvalanka 2012, Arm *et al.* 2011, Horne *et al.* 2011, Lanutti 2011), ainsi que l'implication de militants hétérosexuels (« *heterosexual allies* ») dans la lutte pour l'égalité des droits des minorités sexuelles (Russell 2011).

Toujours au sujet du mariage des personnes de même sexe, de nombreux chercheurs se sont interrogés sur les arguments pro- ou anti-égalité des droits, en prenant en compte les différents contextes nationaux, culturels, religieux et idéologiques dans lesquels cette évolution législative a pris (ou non) place et leurs effets sur la perception des familles homosexuelles et plus largement des minorités sexuelles, que ce soit à travers des études juridiques, anthropologiques ou de sciences politiques et morales (Théry *et al.* 2013, Reed 2012, Fingerhut *et al.* 2011, Herek 2011, Marzullo et Herdt 2011, Williams 2011, Bernstein et Naples 2010).

Par extension, des questions se sont posées sur le bien-être des enfants et adolescents élevés par les couples de même sexe ; elles ont donné lieu à des

recherches sur les familles homosexuelles déjà constituées et leurs enfants (Crouch *et al.* 2012, Goldberg *et al.* 2012, Regnerus 2012, Van Gelderen *et al.* 2012, Gartrell *et al.* 2011, Gartrell et Bos 2010, Hefez 2010, Rosenfeld 2010, Erich *et al.* 2009, Kuvalanka et Goldberg 2009) et à des synthèses de ces travaux (Amato 2012, Eggebeen 2012, Marks 2012).

Non sans lien avec le débat public sur l'accès au mariage des couples de même sexe, un aspect particulier de l'environnement a fait l'objet d'enquêtes : l'effet de l'appartenance religieuse sur la santé mentale des minorités sexuelles, alors même que des responsables religieux ont pris publiquement des positions hostiles au mariage des personnes de même sexe. Les études portent essentiellement sur les religions catholique et protestante (Rosmarin *et al.* 2013, Dahl et Galliher 2012, Kravolec *et al.* 2012, Rodriguez 2010, Reidel 2009).

La consommation de substances psychoactives, plus fréquente parmi les adolescents et les jeunes adultes des minorités sexuelles (voir les travaux de Susan Cochran et ses collègues), a été l'objet d'études pour identifier les facteurs de protection et de risque (Hugues 2011), pour examiner l'effet de l'âge (Talley *et al.* 2010), pour mieux comprendre son lien avec les conduites suicidaires et les discriminations, et en quoi elle peut être considérée comme une stratégie de « *coping* »<sup>38</sup> (Charbonnier et Pierluigi 2013, McCabe *et al.* 2010, Marshal *et al.* 2009).

Poursuivant les travaux conduits au début des années 2000, les chercheurs se sont intéressés aux groupes à risque parmi les jeunes des minorités sexuelles (groupes présentant davantage de risques de rencontrer des expériences préjudiciables pour leur bien-être, Biegel 2010 p. 118) : jeunes LGBT sans domicile (Rice *et al.* 2013, Moskowitz *et al.* 2012, Rosario *et al.* 2012, Corliss *et al.* 2011, Walls *et al.* 2009), jeunes LGBT des minorités ethniques (Balsam *et al.* 2010, Mustanski *et al.* 2010, Brooks *et al.* 2009), jeunes LGBT dans les établissements de la justice des mineurs (Garnette *et al.* 2011, Majd *et al.* 2009).

## LES ENQUÊTES EN FRANCE

En France, des travaux sur échantillons représentatifs ont permis de préciser les risques suicidaires en population générale [tableau IV p. 46]. Depuis le début des années 2000, des études sur échantillons non probabilistes donnent par ailleurs des chiffres voisins de ceux de nos collègues d'outre-Atlantique : dans une enquête par voie de presse, on a observé 17 % de

38. Dans le cas des jeunes LGBT, "the use of substances can be considered as a coping strategy, that's to say an attempt to adjust to stress, a behaviour aiming to face up to and adapt to situations judged to be stressful and to calm the emotional tension which they generate". En français : « La consommation de substances psychoactives peut être considérée comme une stratégie de coping, c'est-à-dire une tentative de s'adapter au stress, un comportement visant à faire face, à s'adapter à des situations jugées stressantes et à calmer la tension émotionnelle créée par ces situations. » (Charbonnier et Pierluigi 2013, p. 8).

tentatives de suicide 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 socioprofessionnelle 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 tentative de suicide que les femmes hétérosexuelles, et les secondes 1,7 fois plus (Lhomond et Saurel-Cubizolles 2003). Notons qu'aucune des trois grandes enquêtes sur le comportement sexuel des Français ne posait de questions sur les tentatives de suicide (Bajos *et al.* 2007, Spira et Bajos 1992, Simon *et al.* 1972).

Les enquêtes « Presse Gay » ont été les premières en France à explorer la question des comportements suicidaires chez les LGB, 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, prenant véritablement en compte cette problématique (i.e. non seulement l'orientation, l'attraction 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 adoptées par les jeunes concernés).

Dans les Baromètres santé de l'Inpes menés en 2005 et 2010 (Beck *et al.* 2007, Beck *et al.* 2011), 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 l'année et au cours de la vie). D'autres questions sur les épisodes dépressifs caractérisés au cours des douze derniers mois ont également été mises en regard des données de 2005, mais elles n'ont été posées qu'à un échantillon aléatoire de 16 883 individus issus des 30 514 enquêtés (Jouvin *et al.* 2007). En 2010, les prévalences de tentatives de suicide atteignent plus de deux personnes sur dix chez les homo-/bisexuels masculins, tandis qu'elles se situent à 2,8 % chez les hommes hétérosexuels exclusifs. Parmi les femmes, elles concernent 17,1 % des homo-/bisexuelles, contre 7 % des femmes hétérosexuelles exclusives (Beck *et al.* 2011) [tableau IV].

TABLEAU IV

## Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie

Études	Effectif	Tentatives de suicide 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 %
Archambault 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> 2011	21 096	18-64	3,3 %	7,2 %	5,3 %
		Pour cette dernière étude : tentatives de suicide 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 2010 (Beck *et al.* 2011), 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, 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 des tentatives de suicide 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-/bisexuelle 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-/bisexuel(le)s non actifs(ves) parmi les inactifs sexuellement, et des bisexuel(le)s sexuellement actifs(ves) avec des partenaires de sexe opposé parmi les hétérosexuel(le)s.

Les résultats de modélisations effectuées sur l'enquête Baromètre santé Inpes 2010, en contrôlant certains effets de structure<sup>39</sup>, montrent que – parmi les femmes comme parmi les hommes des minorités sexuelles – on observe un risque deux à trois fois plus élevé de pensées suicidaires (OR = 2,5 pour les homo-/bisexuels et 2,3 pour les homo-/bisexuelles, par rapport aux hétérosexuels), conformément à toutes les études menées dans le monde sur la dernière décennie<sup>40</sup> (Beck *et al.* 2011, Firdion *et al.* 2011).

---

**39.** Les régressions logistiques contrôlent 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. Pour l'activité sexuelle, trois situations sont distinguées : hétérosexuel (référence), homo-/bisexuel, inactif sexuellement au cours des douze derniers mois.

**40.** Dans l'étude des données du Baromètre santé Inpes 2005, l'estimation était de 3,4 plus de risques de pensées suicidaires chez les homo-/bisexuels masculins, à état dépressif égal, à occupation égale, à diplôme égal et à adversités durant l'enfance égales (Legleye *et al.* 2010).





# Le rôle central de l'homophobie dans le risque suicidaire

Au regard des résultats convergents concernant la 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* n'a ôté l'homosexualité de sa liste des diagnostics de désordres mentaux qu'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 Neil 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 sujets au suicide mais aussi 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 tentatives de suicide, 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 tentatives de suicide 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 présenterons 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 au sein des écoles 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 déclarent des taux de victimation et de tentative de suicide plus bas que ceux des autres établissements (Goodenow *et al.* 2006). D'autres travaux récents ont mis en évidence les effets des discriminations sur le bien-être des minorités sexuelles en étudiant l'effet, plus ou moins favorable aux minorités sexuelles, du milieu social (Hatzenbuehler 2011, Marshal *et al.* 2011, Almeida *et al.* 2009), certains travaux portant sur les mères lesbiennes (Shapiro *et al.* 2009).

En second lieu, on observe que la fréquence de certains comportements à risque chez les jeunes homosexuels (dont les tentatives de suicide et les idéations suicidaires) diffèrent significativement selon le sexe et le type de minorité – homo- ou bisexuelle (Russell et Joyner 2001, Garofalo *et al.* 1999). Ceci paraît refléter le traitement différencié des minorités sexuelles dans les attitudes homophobes, comme l'ont relevé plusieurs études (Cochran et 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 et Ramsay 2000). Les auteurs ont observé, chez les jeunes hétérosexuels victimes d'agression homophobe, le même taux élevé de tentatives de suicide 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. D'autres travaux ont mis en évidence que le rejet par leurs pairs et par les adultes de certains jeunes tenaient davantage au fait que ceux-ci présentaient des comportements et des apparences non conformes aux stéréotypes de genre, qu'à leur orientation sexuelle effective (Toomey *et al.* 2012, Plöderl et Fartacek 2009, Horn 2007).

Le troisième type d'enquêtes a cherché à comparer des personnes ayant en commun une même 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 fratreries (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 tentatives de suicide 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 sur les idéations suicidaires et les tentatives de suicide se maintient après la prise en compte de l'abus de substances psychoactives et de la dépression (Herrell *et al.* 1999).

Enfin, d'autres études ont estimé l'effet spécifique des addictions et des troubles mentaux tels que la dépression sur la propension à faire une tentative de suicide (Gilman *et al.* 2001, Fergusson *et al.* 1999). Certains chercheurs ont établi que la sursuicidalité des minorités sexuelles subsiste à état psychique et à consommation de produits psychoactifs contrôlés (Cochran et Mays 2000b, Safren et Heimberg 1999, Hershberger et D'Augelli 1995), tandis que Ritch Savin-Williams et Geoffrey 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 psychoactives...), les « *gay related stressors* » (féminité chez les garçons, harcèlement homophobe...) et des facteurs comportementaux (Savin-Williams et Ream 2003). Une autre étude 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 pour les hétérosexuels exclusifs que pour 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 (Hugues 2011, Talley *et al.* 2010, Marshal *et al.* 2009, Jauffret-Roustide 2003, Herrell *et al.* 1999), d'autant qu'elle n'est pas toujours observée dans les enquêtes (Sandfort *et al.* 2006, Ziyadeh *et al.* 2007). Au-delà de la recherche de plaisir, de sensations et des usages sociaux, la consommation de produits psychoactifs peut avoir pour fonction pour un jeune de masquer une souffrance émotionnelle causée par la non-acceptation de sa sexualité ou de son orientation sexuelle par le sujet lui-même ou par ses proches (Charbonnier et Pierluigi 2013, Hefez et Marty-Lavauzelle 1989).

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<sup>41</sup>. 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 dans les autres ; ils favorisent également l'isolement et la solitude<sup>42</sup>, autant de facteurs liés aux comportements suicidaires.

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 pèsent sur 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 et Guedj 1999, p. 64). Un sentiment d'indignité peut atteindre certains jeunes : « *Je suis pédé... Je ne suis plus bon à rien* » (cité par Dolto 1988, p. 116). Ce sentiment sera renforcé par le comportement des pairs, à travers des actes et des paroles humiliants et dégradants, 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 et Firdion 2003, p. 77). Cette réponse aux diverses agressions et à l'anxiété induite par le rejet social a été qualifiée de « *minority stress* »<sup>43</sup> (Meyer 1995). Elle se révèle particulièrement intense au moment de l'annonce de son orientation sexuelle aux amis, aux proches, de manière volontaire ou non (Charbonnier et Pierluigi 2013).

On ne peut pas nier que le contexte actuel 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 et Machado 2007). Cependant, la question de la normalité hétérosexiste

41. Ce que les auteurs avançaient dès les années 1990 : "The assumption that if these adolescents [who commit suicide] are facing such tough problems must be caused by their sexual orientation, is perhaps only natural. But what I have come to understand (...) is that these problems are caused not by homosexuality but rather by society's misunderstanding of homosexuality [and by] the stereotypes and stigma that burden gay people." Traduction : « La présomption selon laquelle l'orientation sexuelle est la cause des difficultés rencontrées par ces adolescents [qui ont des comportements suicidaires] est sans doute assez naturelle. Mais j'ai été amené à comprendre [...] que ces difficultés ne sont pas causées par l'homosexualité mais plutôt par l'incompréhension par la société de l'homosexualité [et par] les stéréotypes et la stigmatisation subis par les homosexuel(le)s. » (Pollack 1999:209).

42. Ce plus grand sentiment de solitude a été observé notamment chez les jeunes LGBTQ (Johnston 2008, Martin et D'Augelli 2003, Westefeld et al. 2001), il est notamment causé par la peur d'être dévoilé et rejeté (Plummer 1999), de même que par la difficulté à s'intégrer dans les lieux de socialisation des jeunes hétérosexuels, comme nous l'ont dit Irène : « Avec les filles, c'était très difficile de devenir amie, même en tant que camarade », et Bertrand : « Je faisais énormément d'efforts pour m'intégrer, et les lendemains de fête où j'avais fait tant d'efforts, j'avais l'impression de n'avoir abouti à rien » (Verdier et Firdion 2003, pp.110 et 85).

43. Le stress spécifique que subissent les minorités sexuelles serait alors attribué à leur stigmatisation et aux discriminations qu'elles subissent ainsi qu'aux expériences de victimisation dues à un environnement homophobe (Marshal et al. 2011).

demeure souvent sous-jacente. Elle s'exerce notamment dans le cadre du milieu de socialisation secondaire des jeunes (au collègue et au lycée notamment<sup>44</sup>), mais aussi à travers les fortes attentes sociales (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 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 aussi 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 société<sup>45</sup>. Plus récemment, les campagnes (parfois violentes) contre le projet de loi autorisant le mariage aux couples de même sexe ont eu des effets négatifs sur les minorités sexuelles, aussi bien aux États-Unis (Goldberg et Kuvalanka 2012, Fingerhut *et al.* 2011, Maisel et Fingerhut 2011, Hatzenbuehler *et al.* 2009 et 2010, Riggle *et al.* 2009, Rostosky *et al.* 2009) qu'en France (rapport SOS-Homophobie 2012). Les conséquences sont aussi négatives pour les proches : parents, fratrie, amis (Horne *et al.* 2011, Arm *et al.* 2009). Des études suggèrent toutefois que ces conséquences funestes ne sont que passagères : un contexte d'égalité des droits semble bien favoriser à terme le bien-être des minorités sexuelles (Badgett 2011, Mulé *et al.* 2009).

### 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 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 (Huebner *et al.* 2004, Diaz *et al.* 2001). Cette violence peut être physique mais aussi symbolique, c'est-à-dire se traduisant par

---

44. On observe un lien entre la non-conformité au stéréotype masculin chez les garçons et le harcèlement (*bullying*), particulièrement durant l'adolescence (Friedman *et al.* 2006, Verdier et Firdion 2003).

45. Selon Brian Mustanski, 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 et Bailey 2003:433). En fait, l'approche doit être probabiliste (facteur favorisant), et l'intérêt de discuter de l'influence de la région Xq28 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 et Bailey 2003, p.435).

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 homosexuel<sup>46</sup>. 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 chargé d'une violence symbolique particulièrement forte. Un contexte intolérant fragilise beaucoup les individus dès le plus jeune âge. Les remarques et insultes concernant « *les différences visibles provoquent des blessures quotidiennes qui finissent par écorcher l'enfant (...). Dans ces groupes d'enfants différents (couleur de peau, prémices d'une sexualité minoritaire), poussés vers l'exclusion, non protégés par leur famille ou par les enseignants, on trouve un taux très élevé de pensées suicidaires* » (Cyrulnik 2011, p. 84-85).

Les jeunes LGBTQ n'ont même pas besoin d'être des victimes directes pour subir le poids de cette stigmatisation (Li Kitts 2005). En fait, la honte parfois éprouvée face à soi-même, face à sa « nature », peut parfois conduire à des comportements à risque (Parkes *et al.* 2011) et à des conduites suicidaires (Hillier et Harrison 2004). Dans ce cadre, l'indifférence des adultes, par exemple celle des psychologues scolaires (dans les enquêtes conduites aux États-Unis) ou de nombreux enseignants (en France), s'est avérée une cause importante de détresse et d'atteinte à l'estime de soi chez les jeunes LGBTQ (Cooper-Nicols 2007, Verdier et 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 (Dunne *et al.* 2002, Ruiz 1998) ; à cela s'ajoute le reproche d'un trait de personnalité sur lequel ils n'ont pas de maîtrise. Ajoutons que ces difficultés sont souvent vécues de manière plus aiguë aux âges les plus jeunes (Cox *et al.* 2010, Bybee *et al.* 2009, Rosario *et al.* 2006) et sans doute parmi les générations récentes qui auraient de plus grandes espérances d'égalité (Marzullo et Herdt 2011).

Ces populations en grande difficulté connaissent d'ailleurs souvent une accumulation de stigmates. Exemples : être gay / bisexuel ET black / latino / asiatique aux États-Unis (O'Donnell *et al.* 2011, Balsam *et al.* 2010, Brooks *et al.* 2009, Meyer *et al.* 2008, Diaz *et al.* 2001, Remafedi *et al.* 1998) ; être LGB et sans domicile (Rosario *et al.* 2012, Corliss *et al.* 2011, Milburn *et al.* 2006, Marpsat et Vanderburg 2004, Whitbeck *et al.* 2004) ou LGB et d'origine maghrébine /

46. 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.

ouest-africaine en France (Hamel 2012, Bouhdiba 2010, Abega 2003, Rouadjia 1991). 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 et Parizot 2007, Devaut *et al.* 2007, Hudson 2005, Goldberg *et al.* 2003, Moore 1997). Rafael Diaz et son équipe ont étudié le cas des Latinos homosexuels ou 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 d'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 (Friedman et Morgan 2009, Heatherington et Lavner 2008, Adams 2007, Hershberger et D'Augelly 1995). 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), dont ils pourraient lui faire bénéficier. Au contraire, ils peuvent contribuer au rejet du jeune ou à sa dévalorisation : cela apparaît fréquemment dans les entretiens (Verdier et Firdion 2003, Schiltz 1997) et peut aggraver les conséquences de la discrimination (Consoli *et al.* 2013, Hillier 2002, Bouris *et al.* 2010, Needham et Austin 2010, Ryan *et al.* 2009, Plöderl et Fartacek 2005, Wichstrøm et Hegna 2003).

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, p. 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 et 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 de nombreuses 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). Élodie Charbonnier a plus particulièrement étudié les effets de l'attitude paternelle rejetante sur les comportements suicidaires, et ceux de l'attitude maternelle négative sur les difficultés d'interaction sociale (Charbonnier et Grazianni 2011a et 2011b). Stéphanie Haxhe, à partir de son enquête à Liège, souligne l'apport de la fratrie lors de la phase de « *coming out* » (Haxhe et D'Amore 2013).



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 certaines de ces familles ; 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 LGBTQ, 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 (Heatherington et Lavner 2008, Marcelli et Berthaut 2001, Chirita *et al.* 2000). Un soutien social plus large (enseignants, communauté religieuse, médecins, etc.) est également important, car il permet de compenser la faiblesse de celui que fournissent les proches, afin de surmonter l'anxiété et les moments de confusion lors de la prise de conscience de son orientation sexuelle (Mufioz-Plaza *et al.* 2002).

Le soutien d'une communauté est très important, tout particulièrement pour les minorités stigmatisées (sentiment d'appartenance, support émotionnel, 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 souvent 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 (le dévoilement 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 LGBTQ. 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'ont connu les femmes victimes d'agressions sexuelles avant que ne se mettent en place des dispositifs de prise en charge spécifique.

Tous ces éléments conduisent à penser que les facteurs de protection contre le suicide (soutien de la famille / de la communauté / des enseignants, milieu scolaire non agressif, perception positive de l'identité sexuelle) doivent être établis et particulièrement renforcés pour ces jeunes des minorités sexuelles (Adams 2007, Eisenberg et Resnick 2006, Goodenow *et al.* 2006), compte tenu de la plus forte probabilité qu'ils subissent des agressions (Saewyc *et al.* 2004) avec des répercussions sur leur santé mentale et physique (Mays et Cochran 2001). Ce phénomène est d'autant plus prononcé que le fait de cacher son orientation sexuelle est source de stress (Meyer 2003a), tout comme l'intériorisation des valeurs négatives attribuées à l'homosexualité

(homophobie intériorisée), ce qui contribue aux risques de comportement suicidaire lors du « *coming out* » du jeune LGBT devant sa famille (Igartua *et al.* 2003). Élodie Charbonnier insiste d'ailleurs sur la nécessité de mettre en place un dispositif de médiation familiale pendant la phase d'annonce à la famille lorsque celle-ci a une attitude rejetante (Charbonnier et Pierluigi 2012).

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 en dépit du 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 au cours de l'enfance ont des répercussions néfastes sur les risques suicidaires à l'adolescence et 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). Ce résultat n'est évidemment pas propre aux pays occidentaux : Mehmet Eskin et ses collègues, travaillant sur un échantillon d'étudiants turcs, ont trouvé que les jeunes 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 et sœurs (Balsam *et al.* 2005a, Balsam *et al.* 2005b). De telles observations sont confirmées dans le cas des jeunes sans domicile LGB américains (Milburn *et al.* 2006, Whitbeck *et al.* 2004, Leslie *et al.* 2002). Ces résultats se retrouvent aussi en France, dans le cas des femmes, dans l'enquête nationale sur les violences envers les femmes (Lhomond et 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 prématuré 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 adolescents pourraient ainsi adopter des comportements de compensation (consommation de tabac, d'alcool, de substances illicites, prises de risque...) entraînant en retour des sanctions 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 (Hefez 2003, Brown 2002). Concernant les prévalences plus fortes d'abus sexuels parmi les jeunes LGBTQ, plusieurs facteurs de vulnérabilité ont été avancés : moins grande intégration à la famille, départ plus précoce de la famille, isolement social plus fréquent, difficulté d'expérimentation sentimentale avec leurs pairs, non-conformité de genre plus fréquente, comportements à risque plus fréquents (consommation d'alcool, de substances illicites...). On retrouve ici à la fois des facteurs de risque « primaires » (non-conformité au stéréotype de genre, moindre intégration dans la famille, etc.) et des facteurs de risque « secondaires » (décohabitation précoce, usage de substances illicites, etc.) qui surviennent en conséquence des premiers, et viennent en médiatiser l'effet.

Des épisodes de rejet et d'actes de discrimination (ou leur crainte) se trouvent donc bien impliqués dans l'étiologie des épisodes dépressifs, de détresse psychologique et dans les comportements suicidaires des personnes LGBT (Almeida *et al.* 2009, Plummer 1999, Herdt et Boxer 1993). 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 à un âge jeune, 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-/bissexuels (dans un échantillon de 18 à 27 ans) étaient associées à une moindre estime de soi et à davantage d'idées 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 tentatives de suicide 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 ouvert, non sans réticence, aux personnes de même sexe (Mossuz-Lavau 2005) ; enfin, le mariage a été ouvert aux couples de même sexe par la loi en 2013.

Toutefois, sur plusieurs points, l'égalité des droits est mal admise en France par une minorité de la population et non encore reconnue dans plusieurs

pays. 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 des groupes de jeunes, sont considérées comme parmi les plus infamantes et les plus stigmatisantes. C'est dire combien les jeunes qui se découvrent homo-/bisexuels, ou ceux qui sont perçus comme tels, peuvent connaître la détresse tôt au cours de leur vie. Par ailleurs, une meilleure acceptation sociale de l'homosexualité depuis quelques 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 homophobes<sup>47</sup>. C'est particulièrement vrai dans la famille et en milieu scolaire pour les plus jeunes (Biegel 2010, Grov *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<sup>48</sup>. L'enquête longitudinale de Russell et Toomey montre que les pensées suicidaires et les tentatives de suicide sont souvent limitées à la période de l'adolescence parmi les minorités sexuelles (Russell et Toomey 2012). 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).

### Certains jeunes des minorités sexuelles sont particulièrement à risque

Parmi les minorités sexuelles, trois groupes semblent particulièrement à risque : les jeunes sans domicile, les jeunes placés, les jeunes incarcérés.

Nous avons vu que certains jeunes sont parfois rejetés par leur famille, ils sont mis à la porte après un « *coming out* », volontaire ou non, ou bien ils préfèrent fuir un contexte familial oppressant<sup>49</sup>. Ils se retrouvent alors dans la rue, hébergés chez un tiers, ou dans un centre d'hébergement pour sans-abri (Rice *et al.* 2013, Ray 2006, Dunne *et al.* 2002, Mallon *et al.* 2002). À Los Angeles, une large majorité des adolescents sans domicile interrogés dans

47. Des auteurs ont déjà relevé le caractère ambivalent de la « libération sexuelle » des années 1960-70 : « À la fois hédoniste et ascétique » (Béjin et 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" ».

48. Cyril (17 ans) : « Non, ce n'est pas possible, ça ne peut pas m'arriver à moi ! (...) La grosse révélation : ça, c'est moi, je suis un mec pédé ! » (Verdier et Firdion 2003, p. 143).

49. « 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, p. 169).

un service d'aide, et s'identifiant comme gays ou bisexuels, déclaraient que des attitudes homophobes avaient contribué à leur décision de quitter le domicile familial et d'entamer l'errance (Proctor et Groze 1994, Kruks 1991) ; 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). Dans le Massachussets, les jeunes des minorités sexuelles ont 4 à 13 fois plus de risque de se trouver sans domicile que leurs pairs hétérosexuels (Corliss *et al.* 2011). Si l'on compare des adolescents sans domicile LGBT et hétérosexuels, on observe que les premiers ont fui plus souvent le foyer parental et que, depuis qu'ils sont sans domicile, ils ont été plus souvent victimes d'agressions physiques (garçons et filles) et d'agressions sexuelles (garçons uniquement), et consomment davantage de drogues (Cochran *et al.* 2002). Ils ont également davantage de risques que les jeunes SDF hétérosexuels d'avoir été contaminés par le VIH (Gangamma *et al.* 2008), d'avoir connu un abus sexuel durant leur enfance (Rosario *et al.* 2012) et d'avoir tenté de se suicider (Moskowitz *et al.* 2012, Walls *et al.* 2009, Leslie *et al.* 2002, Noell et Ochs 2001).

Non seulement 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, mais les LGBT ont des chances moindres de recouvrer une meilleure situation sociale et de parvenir à retrouver un toit. 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 plus fréquemment exposés à des situations d'exclusion que les adolescents hétérosexuels et ils subissent des dommages dont ils recouvreraient moins bien ou moins vite.

Le rejet par la famille ou des relations conflictuelles avec elle, 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 LGBTQ<sup>50</sup>. Des études américaines signalent d'une part que ces jeunes sont surreprésentés parmi les jeunes placés, d'autre part que leur prise en charge souffrirait d'un manque de compétence et de compréhension du personnel (en particulier pour les transgenres), ce qui serait source d'insécurité et de négligence (Estrada et Marksamer 2006, NCLR 2006, Ragg *et al.* 2006, Freundlich et Avery 2004, Sullivan *et al.* 2001, Mallon 1992). Ainsi, ils continueraient à subir des brutalités et des agressions durant leur placement et leurs parcours dans le « *Foster Care System* »

---

50. 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 des jeunes adolescents encore en cours d'élaboration de leur orientation sexuelle. Voir aussi note 22 p. 29.

seraient en moyenne plus longs et plus instables que ceux des jeunes hétérosexuels (Mallon *et al.* 2002). Or nous savons que les jeunes placés connaissent beaucoup plus de comportements suicidaires que ceux qui sont élevés par leur famille (Pilowsky et Wu 2006).

À la suite des premières alertes lancées par les associations et les chercheurs, des structures spécialisées ont été mises en place, tout d'abord en Californie (« *group-homes* » et services de l'association GLASS<sup>51</sup> accueillant des jeunes de 12 à 18 ans s'identifiant comme LGBTQ), puis dans la ville de New York (services de *Green Chimneys*<sup>52</sup> accueillant des jeunes de 12 à 20 ans s'identifiant comme 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. Toutefois, les capacités d'accueil dans de bonnes conditions des minorités sexuelles sont encore très inégalement réparties sur les territoires. Ainsi, en Floride, suite au cas de Jonathan Wilcox, un jeune gay de 17 ans qui a connu 48 placements en quatre années, une organisation a été créée pour aider les adolescents des minorités sexuelles à trouver un placement (*Jacksonville Area Sexual Minority Youth Network*)<sup>53</sup>. En France, l'association Le Refuge<sup>54</sup> est la seule structure qui propose un hébergement temporaire et un accompagnement social, médical et psychologique aux jeunes de 16-25 ans victimes d'homophobie, et elle est implantée seulement à Montpellier, Paris, Lyon et Marseille. Aux États-Unis, le *National Foster Youth Advisory Council* vient de publier une brochure contenant des recommandations pour soutenir les jeunes des minorités sexuelles dans les dispositifs de protection de l'enfance (« *Supporting Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Questioning Youth in Foster Care* »), tandis que le *California foster care system* a édicté une loi de non-discrimination envers les LGBTQ et d'autres minorités<sup>55</sup>. Le bilan des programmes d'aide 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 spécifiques<sup>56</sup>.

Des difficultés conduisent parfois ces jeunes dans le système judiciaire et pénitentiaire avec, en conséquence, des inquiétudes pour leur sécurité et pour

51. *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* »). Elle a créé des centres d'hébergement à Los Angeles, Long Beach et Oakland.

52. 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 [www.greenchimneys.org](http://www.greenchimneys.org) [dernière consultation le 01/09/2013]).

53. Adam Aasen. « *Jacksonville's LGBT youth in crisis have people who help* », *The Florida Times-Union*, 6 octobre 2009.

54. [www.le-refuge.org/index.htm](http://www.le-refuge.org/index.htm) [dernière consultation le 01/09/13].

55. La loi sur la non-discrimination dans le système des familles d'accueil (« *Foster Care Non-Discrimination Act* ») a été votée le 6 septembre 2003 et est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004. Elle interdit la discrimination dans le système californien de placement dans des familles d'accueil sur la base de la race, de l'ethnie, de la nationalité, de la couleur de peau, de la religion, du sexe, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, du handicap physique ou mental et du statut sérologique (qu'ils soient réels ou perçus).

56. Communication personnelle de Gerald Mallon, août 2008.

les soins – dans le cas des personnes atteintes par le VIH (continuité des soins) et particulièrement 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 (Schaffner 2007, Curtin 2002). L'existence d'un lien entre les troubles de comportement de ces jeunes, sanctionnés par la justice, et les abus et discriminations subis du fait de leur orientation sexuelle ou de leur non-conformité de genre, n'est étudiée que depuis le début des années 2000 (Garnette *et al.* 2011, Majd *et al.* 2009). Dans ce domaine, 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, alors même que la prévalence est élevée parmi les jeunes incarcérés (Williams 2006).

Les recommandations habituelles des dispositifs de prévention du suicide, qui s'appuient 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 par 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*<sup>57</sup> par exemple) est intéressante (Mallon *et al.* 2002).

## 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 et Lhomond 1997), c'est-à-dire avec plus de risques sur les plans physique et émotionnel. 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 contribue chez les jeunes LGBT au report de leurs premières expériences.

57. *Contact* est un regroupement d'associations françaises 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, de parents et proches d'homosexuels et de bisexuels (voir [www.asso-contact.org](http://www.asso-contact.org) [dernière consultation le 01/09/2013]). *Contact* est en lien avec l'ONG américaine « *Parents, Families et Friends of Lesbians et Gays* » (PFLAG) qui regroupe plus de 200 000 membres aux États-Unis.

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 et les premières années de l'âge adulte sont pour ces 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 dans certains contextes nationaux...); quant aux parents, ils doivent accompagner une autonomisation de leur enfant parfois particulièrement 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<sup>e</sup> 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 tentative 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 peuvent différer 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<sup>58</sup>. 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

58. « Après la dissociation de la mère ("je ne suis pas son bébé"), la distinction radicale avec le sexe féminin ("je ne suis pas une fille"), le garçon doit (se) prouver qu'il n'est pas homosexuel (...) » (Badinter 1995, p. 147-148); « Renforcer l'homophobie est donc un mécanisme essentiel du caractère masculin, car elle permet de refouler la peur secrète du désir homosexuel » (Borillo 2000:86); "One homophobic device used to discredit the male target is misogyny, by attributing female characteristics to him (...) Masculinity does not exist except in contrast with femininity (...) Being less masculine is linked to sexuality and thereby with homophobia" (Plummer 1999, p. 47-48).



*National Coalition of Anti-Violence Programs* menée en 2006 auprès des établissements scolaires américains établit que 10 % des jeunes victimes d'agressions homophobes se déclarent hétérosexuels (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).

Les garçons qui ne se conforment pas aux stéréotypes de genre et manifestent des traits relevant du féminin (allure efféminée, précieuse, attitude trop studieuse) ou ceux 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 et 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 1995, p. 58). Elle est donc d'autant plus dure pour les homosexuels.

Le caractère crucial de cette faillite identitaire chez les adolescents peut être rapproché de l'importance du sexuel durant la puberté. Ces jeunes vont se « modeler » suivant les stéréotypes dominants, et pour cela ils abandonneront (temporairement ou non) une partie d'eux-mêmes qui ne correspond pas au modèle, comme la sensibilité et l'expression de l'affection. Les jeunes homosexuels subissent également une pression à l'expérimentation, voire à l'affichage de leurs expériences (premières et suivantes) avec les jeunes du sexe opposé.

Les garçons homosexuels se trouvent confrontés à des injonctions contradictoires à l'égard de l'homosexualité. D'un côté, la société leur présente une norme d'accomplissement de soi, de libération de leur potentiel individuel, accompagnée d'un discours du droit à la différence qui les pousse à se dévoiler comme homosexuels. De l'autre, ils subissent la pression de la norme hétérosexuelle hors de laquelle il leur semble qu'ils ne peuvent pas exister dans leur groupe familial comme dans leur groupe de pairs (Neyran 1999). Cette pression s'exerce aussi sur les filles mais, en raison du caractère particulier de la construction de la masculinité comme rejet du féminin, elle est souvent plus dure pour les garçons. 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 et Rivers 2002, Mendès-Leite et 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 homo-/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 souvent indépassables de la vie sexuelle et affective (Giami et 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 et 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 et 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 et Ross 2006). Kathleen Malinsky a interrogé 27 adolescentes et jeunes adultes américaines (de 15 à 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 un 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 (Hughes et Evans 2003, Valanis *et al.* 2000). 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 (Saewyc *et al.* 1999, Lehman *et al.* 1998). Bien souvent, elles ont des questions qu'elles n'osent pas 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 la plus grande 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 et Boxer 1993:208).

Le terme 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 à 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 gay et lesbienne. Ceci peut renforcer chez elles une identité « duale », d'autant plus 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 et Anderssen 2007).

## FACTEURS DE PROTECTION ET FACTEURS DE RISQUE

Nous avons déjà évoqué des facteurs de protection contre le risque suicidaire qui ne sont guère différents de ceux des populations hétérosexuelles (voir par exemple Thompson *et al.* 2012, Marcelli et Berthaut 2001, Chirita *et al.* 2000) : des liens forts avec la famille et un soutien des parents, l'écoute et l'appui d'enseignants ou d'autres adultes, des liens affectifs avec des amis et/ou une communauté, l'engagement dans une relation de couple pour les adultes. 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 (Martin-Storey et Crosnoe 2012, Rivers et Noret 2008, Eisenberg et Resnick 2006, Rose *et al.* 2006). Ainsi, chez les jeunes LGB anglais et gallois, avoir subi une agression physique double presque le risque de faire une tentative de suicide, tandis que le harcèlement (« *school bullying* ») l'augmente de 40 % (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 (Scourfield *et al.* 2008, Radkowski et Siegel 1997). Toutefois, ce dernier facteur est discuté car il peut aussi augmenter le stress, du fait d'une exposition au risque plus étalée dans le temps et plus grande pour les plus jeunes (Rosario *et al.* 2006, D'Augelli *et al.* 2005, Iguarta *et al.* 2003). Stephen Russell et ses collègues soulignent l'effet protecteur des groupes de soutien réunissant hétérosexuels et minorités sexuelles comme les « *gay-straight alliances* » (Russell *et al.* 2009).

Les facteurs de risque sont de deux sortes : ceux que l'on rencontre aussi parmi la population hétérosexuelle et ceux qui sont spécifiques aux LGBTQ. Pour les premiers, citons 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, un retrait social, une prise en charge psychiatrique antérieure, la non-conformité aux stéréotypes de genre, avoir été placé, avoir échangé des faveurs sexuelles pour de l'argent ou un hébergement (Mustanski et Liu 2012, Toomey *et al.* 2012, Stieglitz 2010, Walls *et al.* 2009, Morrison et L'Heureux 2001). La consommation de substances psychoactives (autre que l'alcool) 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, comme nous l'avons vu précédemment), tout comme celui d'être séropositif (Mills *et al.* 2004, Stueve *et al.* 2002, Cochand et Bovet 1998). Si ces facteurs sont les mêmes, les études semblent indiquer qu'ils pèsent plus lourdement sur les jeunes LGBTQ du fait – notamment – d'autres facteurs de risque spécifiques que nous allons maintenant évoquer.

L'étude de Jay Paul et de ses collègues identifie plusieurs 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 (que ce soit à la maison, dans le cadre scolaire, périscolaire, etc.) ; la prise de conscience récente de son identité homo-/bisexuelle ; une déception récente à la suite d'une première expérience homosexuelle (Paul *et al.* 2002). D'autres auteurs soulignent le risque particulier lié au fait d'être transgenre (Stieglitz 2010, Mathy 2002).

# 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 davantage, aux agressions plus insidieuses que sont les violences verbales, les sentiments d'incomplétude<sup>59</sup> sociale et familiale, les soupçons d'immaturation affective, etc. L'étude de cette population met en évidence 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 des minorités sexuelles comme victimes des dominants ; 2) valoriser les stratégies que déploient les personnes LGBTQ 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 le sujet 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*<sup>60</sup>, elle pêcherait à la fois par excès d'individualisme (en négligeant d'afficher la volonté de transformation plus

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

60. L'« *empowerment* » est un processus de transfert de connaissances et de compétences visant à développer un potentiel encore caché ou ignoré chez un individu ou groupe d'individus. Sa mise en œuvre favoriserait la santé mentale.

globale du système social) et par excès d'optimisme (car la résilience exige des conditions de possibilité<sup>61</sup>). 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 LGBTQ (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 (Russell *et al.* 2009, 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 « stressseurs » (d'où la notion de « *minority stress* »). Ceci souligne autant la nécessité de soigner leur retentissement psychique que celle de lutter avec l'ensemble de la société pour qu'ils disparaissent (Bowers et 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 populations (Murphy 2006)<sup>62</sup>. 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, l'usage de drogues devenant une stratégie de « *coping* » avec le « *minority stress* » (McCabe *et al.* 2010, Talley *et al.* 2010, 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

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

62. 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).

d'une double confusion des genres qui peut entraîner un double rejet (identité sexuée et identité sexuelle, Verdier et Firdion 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<sup>63</sup> », 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 le « normal » (qui n'est autre que soi, renvoyant à l'entre-soi) et l'« a-normal » (cet autre qui se positionne en marge de la société). 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 XI<sup>e</sup> au XIX<sup>e</sup> siècle, 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 émissaire (Girard 1978). Ainsi, 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) d'avoir contribué, par leur style de vie « alternatif », à la survenue de l'attaque de Ben Laden contre les tours du World Trade Center (cité in Rivers et 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 »<sup>64</sup>, « manipule l'opinion » en

63. « L'homophobie n'est pas seulement la peur et le rejet envers la relation sexuelle homoérotique, mais aussi envers la confusion des genres. Ainsi, dans certains pays, le problème n'est pas qu'un homme en pénètre un autre : le problème, c'est d'être pénétré – c'est-à-dire qu'un homme puisse devenir "comme une femme". De la même manière, dans beaucoup de sociétés, ce n'est pas le lesbianisme qui est réprouvé, mais le fait qu'une femme puisse se conduire "comme un homme". » (Castañeda 1999, p. 114)

64. 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 ».



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, la majorité hétérosexuelle subirait même la pression ostracisante et stigmatisante de la minorité homosexuelle : « *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 de boucs émissaires.* » Selon cet auteur, le rejet du « pédé » serait donc le prix à payer pour que les hommes (hétérosexuels, cela va sans dire) soient des hommes ; il ne s'agirait pas alors de persécution, mais d'une « saine réaction » de la majorité hétérosexuelle...

### **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. Didi Khayatt montre comment certains groupes sociaux rejettent l'homosexualité ou la non-conformité de genre en s'appuyant sur des notions essentialistes de norme sexuelle, et imposent une hétéronormativité préjudiciable à l'épanouissement de chacun (Khayatt 2006). Il nous semble donc intéressant, notamment pour penser la prévention, de replacer l'homophobie dans le cadre du sexisme.

Si les personnes LGBTQ sont encore socialement sanctionnées pour leur transgression sexuelle des rôles féminin / masculin, les gays le sont parce qu'ils n'exercent pas leur pouvoir viril sur les femmes, tandis que les lesbiennes le sont parce qu'elles exercent leur indépendance sexuelle à l'égard des hommes. Concernant ces dernières, « *les attaques qu'elles subissent visent leur sexe féminin, leur genre androgyne et leur insoumission à l'ordre hétérosexuel et patriarcal* » (Gérard 2003, p. 262). Le rejet des femmes homosexuelles peut en effet s'expliquer par le rejet de celles qui refusent la domination masculine : ni leur identité, ni leur bonheur, ni leur désir, ni leur plaisir sexuel, ni leur situation matérielle, ni leur épanouissement émotionnel ne dépendent de l'homme (Castañeda 1999, p. 166). L'injonction familiale et sociale à la fécondité est souvent une cause du « *coming out* » ou de l'éloignement vis-à-vis des parents.

En France, des travaux récents ont attiré l'attention sur la gravité du harcèlement (« *bullying* ») dans les établissements scolaires (DEPP 2011, Carra 2010,

Debarbieux 2010), des suicides et tentatives de suicide de jeunes collégiens en 2013 ayant tragiquement mis en lumière ce phénomène. Depuis les États généraux de la sécurité à l'École (2010), les choses ont bougé. L'Observatoire international de la violence à l'École a mené en 2010 une enquête dans les classes de primaire (CE2-CM1-CM2). Une autre enquête nationale de victimisation a été conduite en 2011 dans les collèges publics. La Délégation ministérielle chargée de la prévention et de la lutte contre les violences en milieu scolaire a été créée en 2013 ; parmi ses missions figure celle de « renforcer la prévention et le traitement du harcèlement (...) et d'élargir cette action au cyber-harcèlement, aux violences sexistes et à l'homophobie ». Cette détermination devrait permettre de ne plus considérer comme « normales » les violences sexistes et homophobes parmi les adolescents (Adams *et al.* 2004) et de prendre conscience qu'un contexte sans victimisation homophobe et sexiste profite au bien-être de toutes et de tous (Birkett *et al.* 2009).

Les phénomènes du harcèlement et de la violence en milieu scolaire, en lien avec l'homophobie et le sexisme, ont été largement étudiés parmi les jeunes LGBTQ et hétérosexuels dans d'autres contextes nationaux, ce qui a mis en lumière leur influence sur les états dépressifs des jeunes, même en cas de soutien d'amis proches, avec pour résultat fréquent le changement d'établissement ou la déscolarisation si une politique inclusive n'est pas mise en place par les enseignants et éducateurs (Romero 2013, Frisèn *et al.* 2012, Martin-Storey et Crosnoe 2012, Berlan *et al.* 2010, Chesir-Teran et Hugues 2009, Ellis 2009). Non seulement les minorités sexuelles et les jeunes s'interrogeant sur leur identité sexuelle présentent des proportions de victimisation plus élevées (Shields *et al.* 2012, Friedman *et al.* 2011, Birkette *et al.* 2009), mais celles-ci ont des effets péjoratifs plus importants dans leur cas, à victimisation égale (Shields *et al.* 2012, Bontempo et d'Augelli 2002).

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. 29 et 60). 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'appuient 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 (Plummer 1999, Rey et Gibson 1997). Comme le soulignent Gilbert Herdt et Theo van de Meer (2003, p. 99-100) : « *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.* »

Des chercheurs américains se sont également penchés sur le phénomène des massacres perpétrés par des jeunes en milieu scolaire (« *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 des témoins comme ayant souffert auparavant de harcèlement « anti-gay », d'agressions de nature homophobe ou mettant en cause leur masculinité<sup>65</sup>. 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 et 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 ».

## **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

65. Et ce en dépit de leur orientation sexuelle effective. Selon Stuart Biegel, aucun des garçons considérés par leurs camarades comme homosexuels ne l'était effectivement (Biegel 2010, p. 117).

les symptômes suicidaires et la désespérance, du fait du malaise ressenti et de l'isolement dû à un faible soutien de la part de la famille, des pairs et de l'encadrement scolaire (Toomey *et al.* 2012), 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* » (Navarro *et al.* 2011, Berlan *et al.* 2010, Sandfort *et al.* 2007, Friedman *et al.* 2006, Saewyc *et al.* 2004, Plummer 1999) et présentent alors davantage de risques de suicidalité et de consommation de substances psychoactives (Bontempo et D'Augelli 2002). Ces jeunes ne sont (ou ne deviennent) pas forcément homosexuels ou bisexuels, mais les jeunes LGB présentent, plus fréquemment que les jeunes hétérosexuels, des comportements non conformes à leur genre<sup>66</sup>, ces traits apparaissant dès la période de latence (Rieger *et al.* 2008).

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 « *genre* » 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.* 2005, D'Augelly *et al.* 2002). 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 (Plöderl et Fartacek 2009, 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*<sup>67</sup>) augmente donc le risque de harcèlement et d'agressions homophobes, accroissant le « *minority stress* » des LGBT, d'autant plus que le risque de rejet par les parents est alors plus élevé (Kane 2006). Les jeunes en proie à l'ostracisme et aux discriminations (ou menacés de) se trouvent face à des injonctions de conformité avec des notions de masculinité et de féminité hégémoniques qui ne correspondent pas à leur être profond, ce qui est source de souffrance (Mac an Ghaill et Haywood 2010, Khayatt 2006). Tandis « *que les garçons doivent faire la preuve continue qu'ils ne sont pas des "pédés", c'est-à-dire qu'ils ont leur place dans le groupe de sexe dominant, les filles sont a priori suspectes d'être des "putes" du fait de leur position invariablement inférieure dans la classification des groupes de sexe* » (Clair 2012, p. 76).

Pour échapper aux soupçons et aux discriminations, les jeunes peuvent adopter différentes stratégies de « *coping* » : dissimulation, déni, rébellion, acceptation de soi, consommation de substances psychoactives, prise de risque...<sup>68</sup> Ces

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

67. 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 ».

68. Cf. Verdier et Firdion 2003.

stratégies ont cependant un coût psychique et physique souvent élevé, surtout à long terme (Rivers et Carragher 2003, Carragher et Rivers 2002). Plusieurs équipes de chercheurs ont mis en évidence la forte prévalence d'anxiété parmi ces populations (Patchankis et Goldfried 2006, Gilman *et al.* 2001).

## **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-/bissexuelles 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 apparaît nettement plus élevé pour les minorités sexuelles. 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 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 » (Goffman 1963);
- des comportements « atypiques » (éloignés des comportements stéréotypiques de genre) qui sont plus fréquents chez les minorités sexuelles (mais qui peuvent exister chez les hétérosexuels, les exposant aussi de fait à des dangers similaires);

- 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) ;
- le soutien de la communauté ;
- l'acceptation de soi (« *self-acceptance* »), qui comprend notamment l'estime de soi ;
- l'acceptation et la revendication de son identité sexuelle (« *self-esteem and comfort with sexual identity* »).



# Des pistes pour l'action

Pour éviter d'avoir à réparer *a posteriori* les dégâts sociaux et sanitaires de l'homophobie, du sexisme et de l'hétérocentrisme, il est essentiel d'anticiper les difficultés rencontrées par les populations LGBTQ, et de conduire des politiques de prévention. Informer, sensibiliser, proposer des ressources est un premier axe de travail pour combattre les préjugés, renforcer l'empathie et modifier les comportements. Cependant, malgré un meilleur respect des différences, les phénomènes de discrimination et de stigmatisation risquent de perdurer et la situation ne pourra s'améliorer que progressivement. Il est donc également très important d'amoindrir les facteurs de risque, de renforcer les facteurs de protection et de soutenir les victimes pour réparer les torts et les souffrances causées (SPRC 2008).

Nombre de dispositifs de prévention et d'action ont été élaborés dans le cadre d'une perspective de justice sociale et d'égalité des droits (Reed 2012, White 2012, Blackwell *et al.* 2004, Athanases et Larrabee 2003, Robinson et Ferfolja 2001). Promouvoir la résilience des jeunes LGBTQ, c'est aussi donner du sens au monde et aux événements (Cyrulnik 2011), donner espoir en une meilleure justice qui respecte leur différence et leur mode de vie. La notion de justice sociale renvoie ici à la théorie de la justice de John Rawls (Rawls 1971), qui aborde d'ailleurs explicitement les droits des minorités sexuelles dans un ouvrage plus récent (Rawls 2001). Il ne s'agit plus alors de raisonner seulement en termes de catégories d'orientation sexuelle (selon une dichotomie « nous/ eux » qui favorise la survenue de l'intolérance) mais en termes de lien social,



de contexte politique et socioculturel (Halpern 2011). Dans le cas de jeunes subissant des formes de marginalisation sociale et de discriminations, le sentiment d'appartenance à un groupe (par le renforcement du lien social et la possibilité de luttes collectives) est de grande importance pour qu'un processus de résilience se mette en place (Wexler *et al.* 2009). En France, certains aspects des luttes politiques en faveur de l'ouverture du mariage aux couples de même sexe laissent penser qu'une telle approche est prometteuse.

Les modes d'action possibles sont variés. Pour les présenter, nous les avons organisés par niveaux de proximité vis-à-vis du sujet en nous inspirant de l'approche écologique d'Urie Bronfenbrenner (1975). Ce modèle de contextualisation et de prise en compte du développement de l'être humain, en interaction avec ses milieux de vie, a beaucoup été utilisé autour des questions liées au vieillissement. Une telle perspective met l'accent sur la relation entre l'individu et son environnement, influence mutuelle qui modifie l'un comme l'autre au cours du temps. Ce cadre théorique, qui semble particulièrement convenir à une problématique de discrimination et à la situation de groupes sociaux minoritaires (Swick et Williams 2006), a été repris par plusieurs équipes de recherche travaillant sur les minorités sexuelles et les risques suicidaires ou le « *bullying* » (Hatzenbuehler 2011, Hong *et al.* 2011, Birkett *et al.* 2009, Kosciw *et al.* 2009, Morrison et L'Heureux 2001).

Ces travaux distinguent les niveaux « micro » (environnement immédiat de l'individu : parents, fratrie), « meso » (les interactions dans les lieux de socialisation des jeunes : établissement scolaire, lieux de soins, de sports, de loisirs...), « exo » (les systèmes qui ont une influence indirecte sur le jeune et sa famille : lieu de travail du parent, direction et personnel de l'établissement scolaire, services sociaux de proximité...) et « macro » (forces structurelles au niveau de l'État, de la région...). Il est possible d'envisager des modes d'action spécifiques à chaque niveau, mais également de concevoir des actions qui touchent simultanément différents niveaux.

## AU NIVEAU DE L'INDIVIDU

Que l'on définisse son identité sexuelle comme « gay », « lesbienne », « bisexuelle » ou « hétérosexuelle avec des attirances homosexuelles », ou que l'on réassigne son identité sexuée comme « masculine » ou « féminine », la découverte de sa « différence » n'est pas sans conséquence sur l'image de soi, sur son bien-être et sur son intégration dans la famille et dans le groupe de pairs. Nous avons vu qu'il arrive que cette étape provoque un malaise profond chez celui ou celle qui la vit, ainsi que chez les personnes qui l'entourent. Cela peut se traduire par un retrait du groupe de pairs et de la famille, qui favorise le sentiment de solitude ; or la solitude est un facteur de risque de dépression et de comportement suicidaire (Dupont 2010, Marcelli et Berthaut 2001). Il est donc important que des lieux d'écoute et d'accompagnement existent, de façon à faire de cette « maturation » une expérience enrichissante (Charbonnier et Graziani 2012 et 2011b).

Aux États-Unis, de nombreuses associations assurant l'écoute et le soutien des jeunes LGBTQ ont vu le jour depuis les années 1980. Par exemple, la Trevor Hotline<sup>69</sup> assure en permanence une ligne d'écoute pour les jeunes en crise suicidaire se questionnant sur leur orientation sexuelle, assortie d'un soutien psychologique. Elle propose également aux jeunes des ateliers de formation (« *lifeguard workshops* ») dans le but de prévenir et d'identifier les signes de dépression et de détresse, ainsi que des supports pédagogiques (film, guide de l'éducateur) à destination des adultes qui les entourent.

En France, les principales lignes d'écoute gratuites spécialisées sont la Ligne Azur (qui offre une écoute, du conseil et de l'information aux jeunes qui se posent des questions sur leur orientation sexuelle)<sup>70</sup>, Sida Info Service (qui répond aux inquiétudes, interrogations ou détresses en lien avec le VIH/sida et les autres IST), Écoute gaie (qui assure une écoute sur le thème de l'homosexualité), SOS-Homophobie (qui renseigne, informe et soutient les personnes victimes ou témoins d'actes homophobes) et Fil Santé Jeunes (qui propose une écoute généraliste sur la santé, mais avec une forte proportion d'appels concernant des difficultés d'ordre psychologique).

## ENCADRÉ 1

### Fil Santé Jeunes : écouter, expliquer, orienter

La première mission de Fil Santé Jeunes est l'écoute. L'écouter aide le jeune qui appelle à traduire ce qui lui arrive. Il lui donne des explications adaptées à son âge et à ses capacités de compréhension. Ensuite, lorsqu'une relation de confiance a pu s'installer, l'appelant est orienté si besoin vers de l'aide en direct, en face à face, là où il vit. Il peut s'agir des Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ), où le jeune pourra s'entretenir avec des psychologues ; s'il exprime des problèmes plus graves, néces-

sitant un suivi plus long ou plus urgent, on le renverra vers les Maisons des adolescents, les Centres médico-psychologiques (CMP) ou les urgences de l'hôpital. Fil Santé Jeunes propose également des services pour les parents et les familles, comme Inter Services Parents ou les Points Écoute Parents.

**Le Fil Santé Jeunes est accessible par téléphone au 0800 235 236 (anonyme et gratuit, 8h-minuit, 7j/7) et sur Internet : [\[www.filsantejeunes.com\]](http://www.filsantejeunes.com).**

Les Maisons des adolescents (voir p. 96) peuvent également fournir des ressources intéressantes aux jeunes LGBTQ et à leur famille, notamment grâce à leur travail de mise en réseau des intervenants psychosociaux, même si les problématiques de l'homosexualité, du « *coming out* » et de l'homophobie ne sont pas inscrites explicitement dans leurs missions.

69. Le nom de ce dispositif et de l'association qui l'a mis en place s'inspire du film « *The Trevor Project* » (1994), qui retrace la vie d'un adolescent gay ayant des pensées suicidaires. Plus d'informations sur l'association « *The Trevor Project* » sur : [www.thetrevorproject.org/pages/suicide-prevention-resources](http://www.thetrevorproject.org/pages/suicide-prevention-resources) [dernière consultation le 01/09/2013].

70. 0810 20 30 40 et [www.ligneazur.org](http://www.ligneazur.org) [dernière consultation le 01/09/2013].

Il existe aussi en France quelques structures multisites apportant un soutien psychologique (et parfois matériel), mais elles sont très inégalement réparties sur le territoire, Paris et les grandes métropoles étant largement favorisées. Nous citerons tout d'abord des lieux ressources : les principaux sont les Centres régionaux d'information sur la prévention et la santé (CRIPS, qui fournissent aux jeunes informations et documentation sur le VIH/sida, les autres IST, les usages de drogues, l'éducation à la vie affective et sexuelle, les conduites à risques) ; on peut également citer les Centres gay et lesbien, l'association Psy Gay (APG, qui rassemble des professionnels spécialisés dans l'accompagnement psychologique des homosexuel(le/s) et l'Association des médecins gays (AMG), qui fournit des informations sur les interrelations santé / homosexualité.

Quelques associations regroupent explicitement les jeunes des minorités sexuelles : on peut citer le Mouvement d'affirmation des jeunes gays, lesbiennes, bi et trans (MAG) qui lutte contre l'homophobie et pour le bien-être des jeunes (15-25 ans), ou l'association « Jeunes-séro-potes » (qui soutient et réunit lors d'occasions conviviales les jeunes séropositifs LGBT). Mais la plupart des associations s'adressent aux minorités sexuelles sans distinction d'âge, comme PsyGay ou encore le Réseau d'assistance aux victimes d'agression et de discriminations liées à l'identité sexuelle, l'identité de genre ou l'état de santé (Ravad).

Parfois, les associations s'adressent à un public plus spécifique comme l'Association de reconnaissance des droits des personnes homosexuelles et transsexuelles à l'immigration et au séjour (ARDHIS), l'Association des parents et futurs parents gays et lesbiens (APGL) ou l'Association Beaumont Continental (ABC), groupe d'entraide et de soutien s'adressant aux personnes transidentitaires et à leurs proches avec un objectif d'information et de dédramatisation des situations.

Enfin, certaines associations rassemblent les LGBT selon leur orientation politique ou leurs croyances religieuses, comme « Homosexualités et Socialisme » (pour les militants et sympathisants de gauche), le « Beit Haverim » (groupe juif gay et lesbien), « David et Jonathan » (association d'inspiration chrétienne de convivialité et d'accueil des gays et des lesbiennes).

L'association Le Refuge **[encadré 2]** accueille des jeunes lesbiennes, gays et bisexuel(le)s en rupture familiale. Cette structure leur propose un accompagnement individuel, un hébergement et une médiation familiale.

## ENCADRÉ 2

### Le Refuge : hébergement et accompagnement des jeunes en rupture familiale

Le Refuge est le seul dispositif français conventionné par l'État à proposer un hébergement temporaire et un accompagnement social et psychologique à des jeunes victimes d'homophobie et en rupture familiale. Les jeunes qui sont accompagnés par cette association souffrent souvent d'un mal-être et d'une dévalorisation de leur image, avec comme conséquences possibles des prises de risques, des pensées suicidaires, des conduites addictives, des scarifications...

L'association est présente dans différentes villes de France (Avignon, Bastia, Bordeaux, Choisy-le-Roi, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Narbonne, Nîmes, Paris, Perpignan, Saint-Denis-de-la Réunion, Toulouse), mais ne parvient pas à répondre à toutes les demandes. Si la très grande majorité des bénéficiaires est âgée de 18 à 25 ans, certains peuvent être aussi des

mineurs (à partir de 16 ans). Il s'agit souvent de jeunes de milieux modestes, et beaucoup sont issus de familles pratiquantes. Selon le dernier rapport d'activités de l'association, à l'issue de leur séjour (d'une durée moyenne de six mois), 22 % des jeunes retournent au sein de leur famille et 24 % trouvent un logement autonome, mais près de 40 % se retrouvent à la rue ou hébergés chez un tiers.

Le ministère de la Justice a signé une convention avec l'association pour promouvoir la lutte contre l'homophobie auprès de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et sensibiliser les éducateurs aux manifestations et enjeux de l'homosexualité chez les adolescents pris en charge.

**Le Refuge : ligne d'écoute ouverte 24h/24 au 06 31 59 69 50**

Ce rapide tour d'horizon montre la diversité des associations<sup>71</sup>. Mais, compte tenu de leur implantation très inégale sur le territoire et de leurs capacités parfois très limitées, l'action de ces structures reste restreinte. À quelques exceptions près (CRIPS, Maisons des adolescents...), la plupart de ces structures ont été mises en place pour des adultes et sont peu adaptées pour les plus jeunes, notamment celles et ceux qui n'ont pas encore affirmé leur identité sexuelle. Ajoutons que peu de dispositifs ont été mis en place pour accompagner les jeunes lors de la phase du « *coming out* » (volontaire ou non), alors que des aides leur seraient particulièrement utiles (Charbonnier et Graziani 2012).

## AU NIVEAU DE LA FAMILLE ET DES PROCHES

L'influence du contexte social et familial est de première importance dans le cas du comportement suicidaire des jeunes (Fleischmann *et al.* 2005, Smyth

71. Une information plus complète sur les associations locales ou spécialisées peut être trouvée auprès des Centres gays et lesbiens.

et MacLachlan 2005, Debout 2002). Le seul traitement de la dépression chez les jeunes ne répond pas suffisamment à la gravité de la situation : il semble plus indiqué de mettre en place une stratégie de prévention « compréhensive » s'attaquant aux facteurs liés au contexte, et apportant un soutien affectif et matériel au jeune. La famille (ou son substitut) constitue la première source de soutien affectif et émotionnel de l'individu. Elle représente le lieu de socialisation primaire, son influence est capitale dans l'épanouissement et l'insertion sociale des individus. La famille est donc une ressource de premier plan pour soutenir les jeunes qui traversent des moments difficiles et favoriser leur résilience lorsqu'ils subissent stress et/ou agressions. Toutefois, la famille peut connaître des dysfonctionnements, des incompréhensions ou des tensions lorsqu'un(e) jeune révèle volontairement ou non une orientation sexuelle minoritaire ou un questionnement sur son identité sexuelle ou sexuée. Par rapport à leurs pairs hétérosexuels, les jeunes LGBTQ ont moins souvent un bon rapport avec leurs parents ou un confident adulte, ce qui les prive d'un soutien important, notamment lorsqu'ils font face aux discriminations ou à des formes de marginalisation (Rose *et al.* 2006). Les frères et sœurs des jeunes LGBTQ, qui sont parfois des victimes collatérales de l'homophobie, sont souvent des ressources précieuses pour réassurer les liens familiaux, jouer les médiateurs et procurer un soutien affectif.

D'autres personnes (adultes signifiants, amis, etc.) ont aussi un rôle à jouer. Ils peuvent fournir un cadre bienveillant, prévenir les actes homophobes et éventuellement intervenir en cas d'agression ou de harcèlement (au collège, sur Internet, au téléphone...). À un âge où les individus (adolescents et jeunes adultes) s'autonomisent par rapport à leur famille, ce qui se traduit souvent par des tensions, des oppositions et parfois des provocations, les démarches favorisant une coopération entre les juniors et les seniors afin de construire un contexte épanouissant pour chacun(e), quelle que soit son identité sexuelle ou sexuée, présentent un grand intérêt pour l'« empowerment »<sup>72</sup> des LGBTQ.

## Les parents

Quand il n'y a pas eu rupture familiale, l'une des inquiétudes des jeunes LGBTQ est la peur de décevoir mais aussi de blesser un membre de leur famille ou un proche par la révélation de leur orientation sexuelle ou de leur questionnement à ce sujet. Cette crainte les conduit parfois à mettre leurs proches à distance, à réduire leur proximité émotionnelle (Charbonnier et Pierluigi 2013). Pourtant, un « coming out » qui aboutit à l'acceptation de la singularité de l'enfant par ses parents est un élément important qui renforce l'estime de soi chez le jeune, ainsi que sa confiance envers les adultes et son environnement (Maguen *et al.* 2002). Il est donc important de tout mettre en œuvre pour que cette étape se passe dans les meilleures conditions possibles,

---

72. Voir note 60 p. 69.

et que soient créés des espaces sécurisants dans la famille mais aussi, par exemple, chez le médecin traitant, l'infirmière scolaire, etc. (Hillier 2002). Le dévoilement de l'identité sexuelle pourra alors être une expérience positive qui contribuera à renforcer les liens sociaux et à améliorer la qualité de vie de la personne (Charbonnier et Pierluigi 2013, Rosario *et al.* 2006). La famille peut en effet recevoir cette confiance avec respect et amour, fournir des informations ou indiquer des ressources disponibles et, surtout, assurer son enfant de toute son affection. Le milieu familial devient alors un facteur de protection contre les risques suicidaires, la dépression et les conduites addictives (Bouris *et al.* 2010, Eisenberg et Resnick 2006, Espelage *et al.* 2008).

Nous savons que les parents, lorsqu'ils disposent de connaissances sur les minorités sexuelles et les problèmes qu'elles rencontrent, sont davantage prêts à accepter l'orientation sexuelle de leur enfant (Perrin *et al.* 2004). Il y a donc là un levier sur lequel agir pour faciliter l'épanouissement des jeunes et éviter un rejet de la part de la famille; ceci est d'autant plus important que les jeunes LGBT révèlent leur orientation sexuelle plus tôt que les générations antérieures, à un âge de plus grande vulnérabilité (Davis *et al.* 2009).

Aux États-Unis, il existe des guides visant à développer les compétences des parents ayant un enfant LGBT (Huebner *et al.* 2013, Ryan 2009) et diverses actions visent les familles, 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 (Spriggs *et al.* 2007, Vincke & Van Heeringen 2002).

En France, il y a beaucoup moins d'actions de formation / sensibilisation menées en direction des parents, à l'exception de celles de l'association Contact [encadré 3], centrées sur le soutien individuel, les rencontres en groupe et la publication de brochures. Il serait intéressant de développer ces groupes de soutien aux parents; certains chercheurs signalent l'intérêt de mettre ces groupes en rapport avec les structures scolaires et les services médico-sociaux intervenant auprès des familles de façon à mieux faire connaître leur existence (Elze 2012).

Cependant, les actions de formation / sensibilisation ne suffisent pas. Le lien existant entre le rejet familial et le mal-être observé chez les jeunes gays et lesbiennes souligne la nécessité de créer des dispositifs de médiation familiale (Charbonnier et Graziani 2011b). De tels dispositifs sont encore peu présents en France [encadré 2, p. 83], et si certains professionnels de la thérapie familiale ont de bonnes connaissances des problématiques propres aux minorités sexuelles (Hefez et Laufer 2002), beaucoup semblent en manquer (Charbonnier et Graziani 2011b), ce qui peut avoir un impact péjoratif sur la santé physique et mentale des jeunes (Ryan *et al.* 2009).

### ENCADRÉ 3

#### Contact: favoriser le dialogue entre les jeunes, les parents, leurs familles et amis

- Créée en 1993, dans la lignée des organisations P-FLAG (« *Parents and Friends of Lesbians and Gays* ») américaines, l'association Contact accueille des gays et des lesbiennes, ainsi que leurs parents et leurs proches, afin de promouvoir dialogue, partage et échanges pour mieux se connaître, s'accepter et se respecter. L'association compte seize antennes locales en métropole. Trois modes d'action sont privilégiés : le soutien individuel, les rencontres parents-enfants-amis, la publication de brochures et documents.
- Contact participe également à la lutte contre les discriminations homophobes et anime dans certaines régions des interventions sur ce thème dans les établissements scolaires.
- La brochure *Notre enfant est homosexuel* présente de manière complète le sens de l'action menée. On peut la commander gratuitement ou la télécharger sur le site de l'association : [[www.asso-contact.org](http://www.asso-contact.org)].

Lorsque le « *coming out* » suscite des réactions négatives (rejet, frayeur, angoisse, tristesse, déception, violence), il pourrait être utile de mettre en place une thérapie spécifique du parent (ou du proche) qui les manifeste. Un tel dispositif permettrait de prévenir les abus parentaux (violences psychologiques et physiques, expulsion du domicile parental). Plusieurs thérapies sont envisageables selon les ressentis des membres de la famille et selon le contexte. Une approche consiste à aider les adultes à clarifier ce qu'ils pensent et ressentent à propos de l'homosexualité, mais aussi à leur donner l'occasion de définir leur rôle de parent et les laisser commenter leur propre réaction lors du « *coming out* » ; ayant exprimé leurs sentiments au sujet de l'homosexualité de leur enfant, ces personnes se montrent davantage ouvertes à une information et à une intervention thérapeutique permettant d'atténuer ou de résoudre le conflit (LaSala 2000). Une variante existe (« *narrative family therapy* ») qui permet au thérapeute, en laissant le parent exprimer ses idées spontanées sur l'homosexualité, de lui donner l'occasion de prendre conscience de l'homophobie et de l'hétérocentrisme qui l'habitent et qui lui viennent d'un cadre social plus large, ce qui permet au parent de se sentir moins en difficulté par rapport à ce sujet (mise à distance de « ses » idées) et ainsi de déconstruire ses représentations (Saltzburg 2007). Une autre approche consiste à mettre en place une sorte de « *coaching* » pour aider un parent à faire son deuil de l'enfant idéalisé (hétérosexuel), de façon à ce qu'il ajuste son comportement à la situation présente en prenant en compte les attentes et les besoins de son enfant, et facilite la reconstruction ou le renforcement du lien affectif (LaSala 2000). Le développement de tels programmes en France serait à encourager.

Outre le moment du « *coming out* », il est une autre circonstance dans laquelle le rôle des parents est primordial : lorsque leur enfant a été victime de harcèlement ou d'agressions homophobes. Toutefois, comme on l'a vu, ces parents ont rarement eu une expérience similaire de stigmatisation ou d'ostracisme dans leur jeunesse et peinent souvent à ajuster leur réaction au malaise du jeune. Trop souvent, en cas de « *bullying* » homophobe, les adultes témoins ou responsables n'agissent pas ou à mauvais escient (Biegel 2010, Davis *et al.* 2009, SPRC 2008). Par ailleurs, de nombreux témoignages et des études ont mis en lumière que de nombreux parents, frères ou sœurs de jeunes LGBT ont très mal vécu les propos homophobes exprimés dans les médias<sup>73</sup> et lors des manifestations publiques au moment des débats sur l'ouverture du mariage aux couples de même sexe (Arm *et al.* 2009). Il semble dès lors important d'encourager, de conseiller et d'organiser le soutien à ces parents (dans le cadre d'un établissement scolaire, d'une association de parents d'élèves, etc.) pour renforcer leurs capacités de protection envers leur enfant. La France manque encore de ressources et de compétences dans ce domaine pour proposer des stratégies et des formations spécifiques en direction des parents.

### La fratrie, les amis et les proches

Les frères et sœurs sont souvent oubliés dans les dispositifs alors qu'ils peuvent, d'une part, constituer un facteur de protection en jouant le rôle de confidents et de médiateurs auprès des parents et, d'autre part, subir en tant que « victimes secondaires du stigmaté » les répercussions des agressions et des discriminations subies par leur proche. Ils ont également souffert des discours anti-gay qui se sont multipliés à l'occasion des débats autour de l'ouverture du mariage aux couples de même sexe (Théry 2013).

C'est pourquoi il serait intéressant d'associer davantage la fratrie (et les proches) au soutien du jeune LGBTQ en difficulté (Haxhe et D'Amore 2013, Davis *et al.* 2009, LaSala 2000). L'enjeu est non seulement d'écouter leurs difficultés et interrogations mais aussi de leur donner des moyens et des ressources pour qu'ils puissent mieux aider leur frère / sœur / proche et les parents. Un tel dispositif de soutien insisterait, lors de la formation / sensibilisation, sur le moment délicat de la prise de conscience de son homosexualité et de son annonce lors du « *coming out* » (Charbonnier et Pierluigi 2013, Haxhe et D'Amore 2013). Cela aiderait les frères / sœurs / proches, en amont, à être des soutiens pour gérer le stress ou conseiller le meilleur moment et la meilleure stratégie pour cette déclaration. La fratrie pourrait soutenir la démarche de « *coming out* », expliquer les enjeux, rassurer les parents. Enfin, en aval, en cas de conséquences négatives, elle pourrait assurer un soutien

---

73. Le Rapport sur l'homophobie 2013 de l'association SOS-Homophobie souligne l'explosion des paroles homophobes dans les médias (+ 49 %) et sur Internet (+ 159 %).



affectif et matériel, par exemple compenser le rejet d'un ou des parents, et signaler un état dépressif ou des idées suicidaires au médecin de famille ou à un autre adulte référent.

Afin de prendre en compte les difficultés rencontrées par la fratrie, lorsque leur frère / sœur est victime d'homophobie, une piste intéressante consisterait à mettre en place des groupes de soutien spécifiques ou « *sibling support groups* » (Davis *et al.* 2009), sur le modèle des groupes de soutien à la fratrie mis en œuvre par les associations d'aide aux familles de suicidé et de suicidant (voir notamment les actions de PHARE Enfants-Parents et de Jonathan Pierres Vivantes). À notre connaissance, aucune initiative n'a été encore prise en France pour répondre à ces besoins concernant la fratrie, ce qui prive la prévention d'un levier important. Des recherches intéressantes sur ce thème sont conduites depuis peu en France et en Belgique (par Élodie Charbonnier et Stéphanie Haxhe, notamment).

Au-delà des membres de la famille et des proches, les amis et camarades de scolarité peuvent avoir auprès des jeunes LGBTQ une action de soutien parfois plus efficace (du fait de leur extériorité par rapport à la cellule familiale), en apportant un soutien affectif quotidien qui peut faire d'eux des « tuteurs de résilience » (Friedman et Morgan 2009, Olson *et al.* 2003, Mufioz-Plaza *et al.* 2002). La qualité des relations amicales est d'une grande importance pour la prévention du passage à l'acte suicidaire (Martin-Storey et Crosnoe 2012, Rose *et al.* 2006) et l'empathie manifestée par les pairs a un effet majeur en cas de « *bullying* » (Bellmore *et al.* 2012). Un soutien de la part des amis peut donc avoir un rôle particulièrement bénéfique mais la qualité de la relation amicale est un paramètre important. En effet, les chercheurs ont observé que, dans le cas où les échanges avec les amis ne sont pas réellement constructifs mais relèvent de la corumination<sup>74</sup>, les jeunes LGBTQ sont susceptibles de développer des troubles de l'humeur persistants (Martin-Storey et Crosnoe 2012). Pour que l'intervention des amis / camarades soit solidaire et efficace, il serait utile de leur fournir des ressources, des repères et des stratégies.

## EN MILIEU SCOLAIRE OU PÉRISCOLAIRE

Lieu de socialisation secondaire dans lequel les écoliers, collégiens, lycéens et étudiants passent beaucoup de temps, le milieu scolaire (au sens large) a une influence majeure sur le bien-être des minorités sexuelles.

Les enseignants, les entraîneurs sportifs, les éducateurs et les personnels de santé scolaire peuvent aider les jeunes LGBTQ en manifestant leur soutien et

---

74. Corumination : discuter et revisiter longuement les problèmes avec ses pairs, en spéculant, et en se concentrant sur les sentiments négatifs.

leur empathie (Rose *et al.* 2006) et en se présentant comme modèles (« *role models* ») permettant aux jeunes de se projeter dans l'avenir et dans leurs vies d'adultes (Bird *et al.* 2012).

## Les actions auprès des jeunes dans les établissements

Les actions de promotion du bien-être psychique des jeunes dans les établissements scolaires produisent souvent des effets positifs par le seul fait d'exister et de manifester une prise en compte par les adultes de leurs inquiétudes et de leurs souffrances (Clément et 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 de manière spécifique (Tharinger 2008). Mettre en place auprès des jeunes et des professionnels des actions qui réaffirment les droits et la dignité des minorités sexuelles ne peut que bénéficier à tous, et contribuer au développement d'un environnement social plus riche en compréhension et respect mutuels (Morris 1997). Dans le cadre scolaire ou périscolaire, il est essentiel que les responsables et personnels concernés n'attendent pas que les jeunes victimes de mal-être ou d'agressions viennent à eux, mais mettent en place une politique volontariste qui prend en compte leur détresse et leur garantit un espace sécurisant.

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, color, gender or sexuality* »<sup>75</sup> (Jennett 2004). Ce dispositif comporte des outils d'information et de formation pour transformer par étapes le milieu scolaire ; il organise aussi un soutien aux enseignants qui luttent contre l'homophobie.

En Belgique, l'initiative « *Combattre l'homophobie : pour une école ouverte à la diversité* »<sup>76</sup> du gouvernement de la Communauté française de Belgique vise à lutter contre les discriminations sexistes et sexuelles en milieu scolaire.

En France, le ministère de l'Éducation nationale a inscrit en 2009<sup>77</sup> la lutte contre l'homophobie comme l'une de ses quinze priorités d'action. Parmi les premières mesures mises en place, l'affichage dans tous les lycées des coordonnées de la Ligne Azur (voir p. 81). En octobre 2012, le ministère a chargé Michel Teychenné<sup>78</sup> de rédiger un rapport et des recommandations sur les

75. « *Tout le monde est inclus, il n'y a pas d'exclus, quels que soient les croyances, couleurs, genres ou sexualités.* »

76. [www.enseignement.be/index.php?page=23827&do\\_id=3220&do\\_check](http://www.enseignement.be/index.php?page=23827&do_id=3220&do_check) [dernière consultation le 01/09/2013].

77. Ministère de l'Éducation nationale. Circulaire n° 2009-068 du 20 mai 2009. Bulletin officiel n° 21 du 21 mai 2009 : 2-11. En ligne : [www.education.gouv.fr/cid27581/meneo911464c.html](http://www.education.gouv.fr/cid27581/meneo911464c.html) [dernière consultation le 01/09/2013].

78. Chargé des questions LGBT pendant la campagne présidentielle de François Hollande (2012) et chargé de mission de Lionel Jospin lorsque ce dernier était ministre de l'Éducation nationale (1988-1992).

discriminations LGBT-phobes à l'école. Élaboré sur la base de nombreuses auditions, de réunions de groupes de travail, d'une enquête nationale auprès des rectorats et d'une analyse des programmes et des ressources pédagogiques, ce rapport a été remis au ministre en juin 2013<sup>79</sup>. Après avoir dressé un état des lieux des discriminations LGBT-phobes dans les établissements scolaires et des actions déjà engagées pour les combattre, ce rapport **[encadré 4]** réaffirme que « *les LGBT-phobies doivent être abordées avec la même force et les mêmes convictions républicaines que le racisme, l'antisémitisme ou le sexisme par l'ensemble des acteurs de la communauté éducative dans les établissements* ». Il en appelle à « *des directives claires de la part du ministère tant en matière de lutte contre les discriminations qu'en matière d'éducation à la sexualité élargie aux problématiques LGBT* ». Concernant la prévention du suicide chez les jeunes LGBT, il pense qu'elle « *sera d'autant plus efficace que le climat scolaire sera inclusif et que les équipes éducatives seront sensibilisées et formées à lutter contre les LGBT-phobies.* »

#### ENCADRÉ 4

##### Rapport Teychenné : 7 pistes d'actions

#### 1) Fournir des outils / ressources pour les personnels

- Créer un site portail sur les discriminations et les LGBT-phobies, avec des outils de formation en ligne.
- Mener une campagne de sensibilisation au début de l'année scolaire.

#### 2) Former l'ensemble des personnels

- Mettre en place un réseau de formateurs et de référents.
- Veiller tout particulièrement à la formation des chefs d'établissement.
- Intégrer la problématique dans la formation initiale.

#### 3) Éduquer les élèves au respect de la diversité

- Adapter les problématiques traitées et les ressources à l'âge des élèves.
- Faire évoluer et rendre effective l'éducation à la sexualité.

- Intégrer la lutte contre les discriminations dans les programmes de l'enseignement moral et civique.

- Accorder une attention particulière aux enseignements d'éducation physique et sportive.

- Agir sur les représentations et les préjugés.

#### 4) Associer les élèves à la prévention des discriminations et des LGBT-phobies

- Informer et sensibiliser : faire évoluer la campagne Ligne Azur en l'associant à une campagne de lutte contre le harcèlement et la discrimination homophobes, intégrer l'homophobie aux campagnes contre les violences scolaires (notamment à la campagne « Agir contre le harcèlement »), prévoir un point d'information permanent sur l'éducation à la sexualité dans les BCD (Bibliothèques centres de documentation) et CDI (Centres de documentation et d'information). >>>

79. Ce rapport peut être consulté et téléchargé sur le site du ministère de l'Éducation nationale : [www.education.gouv.fr/cid72996/remise-d-un-rapport-sur-les-discriminations-homophobes-a-l-ecole-au-ministre-de-l-education-nationale.html](http://www.education.gouv.fr/cid72996/remise-d-un-rapport-sur-les-discriminations-homophobes-a-l-ecole-au-ministre-de-l-education-nationale.html) [dernière consultation le 01/09/2013].

- Impliquer les élèves et les parents d'élèves.

- Prévenir les discriminations (mise en place d'équipes « sentinelles ») et accompagner les victimes.

### 5) Développer les partenariats avec des associations agréées<sup>1</sup>

- Renforcer les agréments (notamment en établissant des conventions de partenariat complétées d'un contrat d'objectifs pour définir les actions communes).

- Institutionnaliser le dialogue en créant, notamment, une « Commission nationale de lutte contre les discriminations LGBT à l'école » regroupant les associations agréées Éducation nationale concernées, les services centraux de l'Éducation nationale intervenant dans ces problématiques, le Collectif « Éducation nationale contre

les LGBT-phobies », des représentants de l'enseignement privé sous contrat, des représentants des parents d'élèves et des représentants des organisations d'élèves.

### 6) Jouer pleinement son rôle d'employeur

Soutenir les personnels qui font l'objet de discriminations.

### 7) Encourager l'évaluation et la recherche

La France manque de données, d'enquêtes et de recherches sur l'impact des discriminations LGBT dans le système scolaire. Les recherches scientifiques menées sur les problématiques du suicide, principalement portées par des médecins, des psychologues et des psychiatres, doivent être complétées par un travail de recherche en sciences humaines et en sciences de l'éducation.

1. Les associations Contact, Estim' et SOS Homophobie font l'objet d'un agrément national. D'autres associations sont agréées au niveau des académies.

Dans d'autres contextes nationaux, des actions sont parfois assurées par des associations, des enseignants, des parents, en appoint des mesures prises par le système d'enseignement. Ainsi, aux États-Unis, l'organisation « *Safe Schools Coalition* » mobilise un vaste réseau de bénévoles qui accueillent et soutiennent les jeunes victimes, dans le cadre scolaire et périscolaire, de violence ou de harcèlement liés à leur identité sexuée ou sexuelle<sup>80</sup>. L'organisation intervient auprès des établissements et des autorités locales (signalement, alerte, formation). Elle publie des documents et des rapports pour sensibiliser les parents, les jeunes et les professionnels. On peut également citer le « *Project 10* », un programme de prévention du suicide, des usages de drogues et du VIH/sida, qui s'adresse plus particulièrement aux adolescents des minorités sexuelles et à leurs parents. Ce programme organise des actions en milieu scolaire, anime un réseau de bénévoles (les « vigiles ») qui assurent le signalement des cas qui leur sont rapportés auprès des personnels des établissements scolaires et des autorités<sup>81</sup>.

80. « *Safe Schools Coalition* » vise à apporter un soutien aux jeunes gays, lesbiennes, bisexuel(le)s, transsexuel(le)s et transgenres. Cette organisation favorise également l'accueil des enfants de familles homosexuelles dans les établissements scolaires : [www.safeschoolscoalition.org/index.html](http://www.safeschoolscoalition.org/index.html) [dernière consultation le 01/09/2013].

81. « *Project 10* » participe également aux campagnes pour le droit à des écoles sécurisantes (« *The right to safe schools* ») : [www.project10.org](http://www.project10.org) [dernière consultation le 01/09/2013].

## Les actions auprès des professionnels intervenant en milieu scolaire

Plusieurs études anglo-saxonnes ont souligné que le manque d'aptitude de la part des personnels intervenant en milieu scolaire à répondre à la situation des jeunes LGBTQ tenait sans doute moins à un manque de connaissances sur le sujet qu'à des réactions inadéquates et à une absence d'attitude « proactive » visant à développer l'esprit de tolérance (Burns et Hoffman 2008, McCabe et Rubinson 2008). En France, en février 2013, le suicide d'un adolescent savoyard de 13 ans, alors qu'il avait été victime de harcèlement<sup>82</sup>, a mis en lumière que des adultes peuvent avoir connaissance d'un malaise chez un jeune sans trouver une réponse appropriée. Il y a donc grand intérêt à intégrer dans les formations / sensibilisations (sur l'homophobie, le sexisme...) des exemples d'intervention et de comportement face à des situations de souffrance et de victimisation, afin de renforcer les compétences psychosociales des professionnels travaillant auprès des enfants et des adolescents. Ces programmes, qui ont pour but de prévenir divers troubles ou comportements à risques (agressivité, dépression, anxiété, consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives), se sont révélés efficaces (Dumont *et al.* 2004, Pronovost *et al.* 2003). Des sessions sur les discriminations homophobes trouveraient très bien leur place au sein de tels programmes. Leur mise en œuvre dans les collèges et les lycées se ferait idéalement en coopération avec d'autres organismes qui luttent contre l'homophobie et le sexisme, et serait associée à un large affichage des ressources (lignes d'écoute, etc.) pour les jeunes LGBTQ. Cette politique de prévention inclusive permettrait ainsi d'indiquer aux élèves que l'établissement et ses personnels contribuent à combattre le sentiment d'isolement, la détresse et les états dépressifs de ces jeunes.

En France, depuis le début des années 2000, nombre d'associations et d'organismes en lien avec les établissements scolaires et universitaires ont développé, au niveau national ou local, des actions / outils / supports pour promouvoir le respect des différences, lutter contre les discriminations et l'homophobie. Ces initiatives s'adressent aux professionnels en contact avec les jeunes (enseignants, éducateurs, personnel médical, etc.). Des actions de sensibilisation, de formation et de prévention ont notamment été menées sous l'égide de la Fédération Léo Lagrange<sup>83</sup>, de la Ligue des Droits de l'Homme<sup>84</sup> et de la Ligue française de santé mentale (LFSM)<sup>85</sup>. De telles interventions sont d'autant plus importantes que ces personnels sont les mieux placés pour identifier des signes de souffrance, des situations de violence ou de harcèlement, et pour intervenir et mettre en place un soutien ou une orientation vers un lieu ressource. Ils le sont d'autant plus que les jeunes osent rarement demander

82. Ce harcèlement semblait lié au fait qu'il avait des cheveux roux.

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

84. [www.ldh-france.org/-Homophobie-.html#pagination\\_actus\\_ldh](http://www.ldh-france.org/-Homophobie-.html#pagination_actus_ldh) [dernière consultation le 01/09/2013].

85. [www.lfsm.org/discriminations](http://www.lfsm.org/discriminations) [dernière consultation le 01/09/2013].

une aide ou des soins au sujet d'une situation qu'ils souhaitent garder secrète. Comme le fait remarquer Sébastien Dupont, psychologue clinicien dans un service de psychiatrie infanto-juvénile et professeur associé à l'Université de Strasbourg: « Consulter un psy – de son propre chef ou sur le conseil d'un tiers – tend à pathologiser la situation (l'orientation sexuelle). À un âge où le jeune apprivoise difficilement sa condition, faire une démarche vers un professionnel de la santé mentale peut donc lui paraître davantage comme une violence que comme une aide. Pour ces raisons, et pour d'autres, les psys et les Centres médico-psychologiques ne sont peut-être pas les mieux placés pour des actions de prévention. C'est sans doute en amont, et davantage de façon indirecte, que l'on peut prévenir les risques de dépression et de comportements suicidaires. Par exemple, les personnels qui interviennent dans les établissements scolaires (professeurs, surveillants, infirmières) sont susceptibles d'accéder plus facilement aux jeunes à risque et de les orienter vers des lieux et des services où ils pourront consulter et bénéficier d'un soutien. »<sup>86</sup>

Le rapport Teychenné [encadré 4] insiste sur la nécessité de former et sensibiliser les différents personnels (de l'enseignement public et privé) aux problématiques des minorités sexuelles et des comportements suicidaires, ainsi que sur l'importance de fournir des moyens et des outils aux professionnels de l'éducation. En ce sens, la Ligne Azur et Sida Info Droit ont publié en 2004 une brochure à destination des enseignants et de tous les professionnels travaillant auprès des jeunes<sup>87</sup> qui rassemble informations, témoignages et ressources utiles. À cette publication s'ajoutent des 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-Parents<sup>88</sup>. D'autres actions et outils méritent également d'être cités: le programme « *Discriminations vécues et craintes: des conséquences graves en termes de santé et de cohésion sociale* » conçu par la Ligue française de santé mentale, avec le soutien du ministère de l'Éducation nationale et du ministère en charge de la santé; la mallette pédagogique « *Vivre ses différences: comment parler de l'homophobie* » élaborée par le centre LGBT Couleurs Gaies de Metz<sup>89</sup>; l'ouvrage « *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) édité par l'Inpes et le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips)<sup>90</sup>.

---

86. Communication personnelle, septembre 2013.

87. *L'homophobie: savoir et réagir*. En ligne: [www.eduscol.education.fr/cid50566/lutter-contre-homophobie.html](http://www.eduscol.education.fr/cid50566/lutter-contre-homophobie.html) [dernière consultation le 01/09/2013].

88. 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. En ligne: [www.phare.org](http://www.phare.org) [dernière consultation le 01/09/2013].

89. [www.couleursgaies.org](http://www.couleursgaies.org) [dernière consultation le 01/09/2013].

90. S'appuyant sur des travaux américains (Webster-Stratton et Taylor 2001), cet ouvrage détaille les interventions en direction des jeunes, celles en direction de leurs parents ou d'autres adultes, celles en direction de la communauté (au sens anglo-saxon) et celles en direction du milieu social, avec à chaque fois des procédures de validation et d'évaluation.

Il serait également intéressant de conduire une réflexion sur le rôle, les missions et le recrutement de psychologues cliniciens en milieu scolaire. Ces professionnels sont à même d'aider les enseignants et les personnels éducatifs à la résolution des conflits et des cas de harcèlement ; ils sont compétents pour le diagnostic, l'orientation et le signalement des jeunes en détresse ; ils savent travailler en réseau avec les Maisons des adolescents, les Équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvénile [encadré 5] et les services spécialisés locaux ou de secteur. Des postes affectés aux groupes scolaires et pris en charge de manière pluri-institutionnelle (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, avec pour mission de veiller à leur bien-être. Citons comme exemple les permanences psychiatriques établies dans plusieurs collèges par l'équipe du docteur Sylvain Berdah, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois<sup>91</sup>. Ce dispositif permet aux élèves et aux adultes de solliciter un psychologue ou un pédopsychiatre, sans qu'il y ait de suivi thérapeutique au sein de l'établissement scolaire, avec un temps d'écoute individuel et confidentiel qui peut donner lieu à une orientation vers un lieu de soin. C'est le plus souvent un adulte (enseignant, CPE...) qui dirige le jeune vers la permanence (Dreyfuss *et al.* 2000). Des groupes de parole « adultes » sont également organisés mensuellement dans chaque établissement à destination des membres de l'équipe éducative qui le souhaitent. Tous les thèmes sont abordés : respect, pédagogie, souffrance psychique...

À l'université, les Bureaux d'aide psychologique universitaires (BAPU) – qui peuvent assurer des consultations rapides et disposent d'équipes pluridisciplinaires : pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, etc.) – pourraient être des acteurs de prévention importants. Il conviendrait cependant pour cela d'augmenter leur nombre et de favoriser leur articulation avec d'autres dispositifs locaux (associations LGBT, Maison des adolescents, Équipe mobile de psychiatrie infanto-juvénile...). Parfois, des initiatives de soins ambulatoires pour jeunes adultes se mettent en place autour d'une université, rassemblant équipe éducative et professionnels de la santé mentale dans des démarches de recherche-action (comme à l'université de Nanterre avec le centre Anzieu). Mais ces structures sont rares et restent fragiles, notamment financièrement.

## LES ACTIONS IMPLIQUANT LES SERVICES SOCIAUX

Du fait des difficultés parfois rencontrées par les jeunes des minorités sexuelles au sein de leur famille, de leur établissement scolaire ou d'autres structures (foyer, lieu de vie...), il pourrait également être intéressant de former les assistants sociaux aux problématiques LGBTQ et à la gestion des agressions homophobes.

91. [www.professionbanlieue.org/inclusions/getfichier.php?id=419](http://www.professionbanlieue.org/inclusions/getfichier.php?id=419) [dernière consultation le 01/09/2013].

En effet, les personnels de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et les familles d'accueil peuvent être confrontés à la détresse d'un jeune LGBTQ victime d'homophobie (présente ou passée), sans disposer des connaissances ni des moyens pour y répondre (Elze 2012, Ragg *et al.* 2006, Freundlich et Avery 2004). Ce manque fragilise ces jeunes qui affrontent déjà de nombreuses difficultés ayant conduit à leur prise en charge par les services sociaux (Mallon et Wonoroff 2006).

Aux États-Unis, suite au cas de Jonathan Wilcox, un jeune gay de 17 ans ayant connu pas moins de 48 placements en quatre années, une organisation locale (le « *Jacksonville Area Sexual Minority Youth Network* ») a été créée pour aider les adolescents des minorités sexuelles à trouver un placement. Au niveau fédéral, le « *National Foster Youth Advisory Council* » a publié des recommandations pour soutenir les jeunes des minorités sexuelles dans les dispositifs de protection de l'enfance, tandis que sur la côte Ouest, le « *California foster care system* » a édicté une loi de non-discrimination envers les LGBTQ et d'autres minorités.

Ces exemples soulignent l'intérêt de prévoir un dispositif (formation / sensibilisation, soutien) en direction des familles d'accueil d'enfants LGBTQ placés et du personnel des structures collectives (foyers d'urgence et Maisons d'enfants à caractère social), de façon à faciliter l'épanouissement ou la résilience de ces jeunes (Gamache et Lazear 2009, Ragg *et al.* 2006).

Il pourrait également être pertinent de procurer aux familles d'accueil et au personnel des structures collectives des ressources adaptées à leurs missions, de façon notamment à faciliter l'accès des jeunes à des psychothérapeutes en cas d'état dépressif et de comportement suicidaire (NCLR 2006). Sur ce dernier point, on sait que les Conseils généraux rencontrent parfois des difficultés à financer les mesures d'accompagnement des jeunes pris en charge par l'ASE, surtout dans les départements où les placements sont nombreux, ce qui conduit parfois à l'arrêt des séances de psychothérapie en cours d'année. Or la prévention du suicide auprès des jeunes confrontés à des agressions ou en souffrance exige une intervention précoce et qui s'inscrive dans la durée ; il importe donc de garantir le recours aux soins, et de prêter autant d'attention au « *care* » qu'à la protection des enfants (Picot 2010).

## **LES ACTIONS IMPLIQUANT LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LES STRUCTURES DE SOIN**

La rencontre d'un jeune avec un professionnel du soin peut être une occasion d'identifier un mal-être et de le prendre en charge. Les jeunes en souffrance ont plus souvent des comportements à risque ou des comportements suicidaires qui les mettent en contact avec les soignants.

Du fait de leur pratique de proximité, les médecins libéraux et hospitaliers (ainsi que les infirmières et infirmiers) sont en interaction avec des jeunes



en détresse, parmi lesquels ceux des minorités sexuelles. Mais ils n'ont pas toujours les connaissances et compétences nécessaires. Une formation de ces professionnels aux problématiques des jeunes LGBT permettrait sans doute de faciliter la prévention des passages à l'acte et constituerait une occasion de leur présenter les dispositifs d'aide (Hart et Heimberg 2001). Ainsi, aux États-Unis, des professeurs d'école d'infirmière ont réalisé un guide à l'intention des personnels soignants en contact avec les jeunes LGBTQ (Martha Moon *et al.* 2002). Un sujet d'autant plus sensible dans ce pays que certains soignants pratiquent encore la « *reparative therapy* » (ou « *conversion therapy* »), qui consiste à tenter de modifier l'identité sexuelle ou l'expression de l'identité sexuée d'un(e) jeune LGBT<sup>92</sup>.

L'une des spécificités des jeunes souffrant de mal-être est l'absence fréquente de demande de soins et de soutien : « *La plupart des adolescents n'ont pas de demande explicite et mettent en échec les dispositifs de soins classiques (CMP, psychiatrie libérale...).* Ils sont dans une non-demande, réelle ou apparente, soit parce qu'ils ne peuvent élaborer une demande (ils sont en deçà de ce stade, du fait d'une trop grande détresse ou d'une difficulté à pouvoir mentaliser), soit parce qu'ils ne parviennent pas à l'exprimer ou ne savent où la déposer... » (Garcin 2009). Pour les jeunes LGBTQ, cette réticence s'aggrave en raison du caractère très intime et souvent stigmatisé de leur sujet d'inquiétude ou de tourment. Il pourrait donc être indiqué de mettre en place des structures qui vont à la rencontre des jeunes en souffrance et permettent de repérer dans cette population les signes d'alerte de souffrance psychique et de comportement suicidaire.

En France, deux dispositifs de prévention et d'intervention en cas de comportements suicidaires ont été créés : les Maisons des adolescents (MdA) et les Équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvéniles (EMP).

Initiées par la Conférence de la Famille de 2004, soutenues par le Plan national Santé des Jeunes 2008-2010 et inscrites dans les priorités des politiques régionales de santé<sup>93</sup>, les Maisons des adolescents poursuivent les objectifs suivants :

- prendre soin et accueillir les adolescents en difficulté (de 12 à 18-21 ans, selon la structure) ; leur fournir les informations et les conseils dont ils ont besoin ; leur offrir les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes, en favorisant la synergie des acteurs et la mise en œuvre de prises en

92. Cette thérapie a été condamnée aux États-Unis et en France par les sociétés savantes et les milieux académiques aux motifs qu'elle est culpabilisante, anxiogène et met en danger la santé des participants. Elle assimile l'homosexualité à une pathologie. Cette assimilation – qui nourrit les violences homophobes et pèse sur l'estime de soi des homosexuel(le)s, en particulier des plus jeunes – a été invalidée par l'Organisation mondiale de la santé en 1990.

93. Le dispositif des Maisons des adolescents a été évalué en 2013 par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas). Voir rapport en ligne : [www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-142P\\_MDA\\_doc.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-142P_MDA_doc.pdf) [dernière consultation le 01/09/2013].

charge globales pluriprofessionnelles et pluri-institutionnelles (médicales, psychologiques, sociales, juridiques et éducatives) ;

- organiser l'expertise interprofessionnelle sur les situations individuelles et garantir la continuité et la cohérence des prises en charge ; constituer un lieu ressource sur un territoire donné pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescence (parents, professionnels, institutions).

Au-delà des spécificités de chaque Maison (certaines n'assurent pas de soins, les modes de financement, les modalités de travail en réseau et les affectations de personnels différents<sup>94</sup>), ce dispositif procure une écoute spécialisée aux jeunes – gratuitement et sans autorisation préalable des parents – ainsi qu'aux parents et aux professionnels, en s'appuyant sur un réseau d'acteurs concernés par le secteur de la jeunesse. L'interdisciplinarité et le travail en réseau des personnels (psychologues, éducateurs, psychiatres, juristes, assistantes sociales...) facilite l'accompagnement et la mise en place de mesures efficaces car beaucoup des problèmes relèvent à la fois du domaine de la santé, du social, de la justice, etc.

Près de 90 Maisons des adolescents sont ouvertes ou en instance d'ouverture. Une quinzaine de départements métropolitains et plusieurs DOM-TOM en sont dépourvus, ce qui met en évidence des inégalités territoriales encore présentes (DGCS-DGOS 2011). Par ailleurs, la pertinence de certaines implantations n'est pas toujours évidente (Maisons implantées loin des quartiers populaires ou des zones fréquentées par les jeunes). Il conviendrait d'encourager un maillage territorial plus dense, ainsi qu'une pérennisation de ces structures (tant du point de vue financier qu'institutionnel). Une augmentation de leurs moyens serait également nécessaire pour leur permettre de faire face à une forte montée en charge (par exemple, la Maison des adolescents de Caen est passée de 1 244 entretiens avec des jeunes en 2007 à 2 477 en 2010, et de 238 parents reçus en 2007 à 689 en 2010).

Un autre dispositif, présent depuis le début des années 2000, a donné lieu à des bilans et évaluations très encourageants : ce sont les Équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvénile (EMP), qui peuvent être adossées à une Maison des adolescents ou à une structure hospitalière.

À partir des signalements des professionnels travaillant auprès des jeunes et des familles, ces équipes vont au devant des jeunes en souffrance qui ne peuvent ou ne veulent pas s'adresser aux structures de soins classiques (Tordjman et Garcin 2009) : *« 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 mêmes qui n'ont pas de demande*

---

94. Leurs sources de financement sont souvent plurielles (État, Conseils généraux, Assurance maladie, associations, fonds privés). Elles travaillent parfois en lien avec le milieu pénitentiaire local, la Protection judiciaire de la jeunesse, les foyers de jeunes, etc. Le personnel est pour partie titulaire, pour partie mis à disposition par des administrations ou associations.

*explicite, bien que le besoin soit avéré* » (Garcin *et al.* 2006). Il nous faut rappeler qu'en matière de soins psychiatriques, la situation des adolescents est singulière : ils se situent à la charnière entre la psychiatrie infanto-juvénile (dans ce cas, l'enfant y est amené par ses parents ou tuteurs) et la psychiatrie adulte (dans ce cas, l'expression d'un consentement ou d'une demande de soins est requise) ; cette ambiguïté conduit souvent à un diagnostic et à une intervention trop tardifs (Bacon *et al.* 2008). Les EMP évitent ce problème, en s'inspirant des équipes mobiles de psychiatrie mises en place aux États-Unis et des méthodes du Samu social en France ; elles ont pour objectif d'apporter une réponse rapide à une situation de crise, quel que soit le statut du requérant, en se déplaçant là où le besoin se fait sentir et en ne proposant pas systématiquement une hospitalisation (Bacon *et al.* 2008).

Créées dans les années 1990<sup>95</sup>, les EMP ont un profil particulier [encadré 5] s'appuyant sur une pluridisciplinarité et un réseau qui leur permet de se porter auprès de l'adolescent dès les premiers signes alarmants et de contribuer à dédramatiser la crise en cours. Le fait que les EMP soient en lien avec les médecins généralistes est aussi un atout car ceux-ci peuvent repérer les signes précurseurs de comportement suicidaire (troubles du sommeil, fatigue chronique...) tout en connaissant l'orientation sexuelle de leur patient ; en effet, les jeunes des minorités sexuelles (grands adolescents et jeunes adultes) abordent parfois les questions médicales relatives à leurs pratiques sexuelles dans l'intimité de la consultation médicale.

### ENCADRÉ 5

#### Qu'est-ce qu'une équipe mobile ?

Il n'existe pas en France d'équipes formalisées de services ambulatoires (en gériatrie, soins palliatifs, psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile...). Le label « équipe mobile » de 2005 ne couvre que des cas particuliers (Demailly *et al.* 2012). Les dispositifs locaux ont donc des noms divers et des caractéristiques propres ; cependant on peut distinguer quelques traits communs importants dans le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile :

- l'équipe se comprend comme un outil de secteur qui ne remplace pas l'hospitalisation (pour les pathologies lourdes) et qui est rattaché à un hôpital (en général un CHRU) ;

- elle est pluridisciplinaire (psychologues, psychiatres, infirmiers, travailleurs sociaux) ;
- elle assure une veille téléphonique quotidienne (un médecin en astreinte) ;
- elle intervient dans des délais rapides (selon le degré d'urgence diagnostiqué), et au pire dans les 48 h ;
- elle s'adresse aux patients âgés de 12 à 18 ans (et parfois au-delà) ;
- elle intervient souvent à la demande d'un tiers (parent, éducateur...) et travaille alors à ce que l'intervention et la proposition de soins puissent se transformer en consentement aux soins ;



95. Celles en direction des jeunes ne l'ont été qu'au début des années 2000 (à Lille-Métropole en 2003, à Bain-de-Bretagne en 2005).

- elle fait une évaluation téléphonique de l'imminence du risque, établit un diagnostic et oriente, souvent en lien avec le médecin traitant de l'adolescent ;
- elle a pour but de pallier les défauts du système existant (délais pour l'accès au CMP / CMPP, liste d'attente pour les prises en charge, demande de soins non formulée, souffrance masquée difficile à repérer).

Les jeunes concernés par ce dispositif relèvent essentiellement de problématiques psychosociales, c'est-à-dire qu'il s'agit davantage de santé mentale et d'intégration sociale que de psychiatrie au sens strict (ce qui justifie la pluridisciplinarité). Par exemple, en Bretagne, deux pathologies principales ont pu être repérées : des dépressions masquées (surtout chez les 10-14 ans) et des conduites d'agression répétées (Bacon *et al.* 2009).

Après une phase d'évaluation, le jeune peut être orienté vers un Centre médico-psychologique (CMP), un Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), un Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) pour adolescents, un groupe thérapeutique, un service d'hospitalisation de jour ou, dans les cas les plus graves, vers une hospitalisation complète. Cette orientation peut se faire avec un accompagnement social.

Les EMP s'appuient sur un réseau local d'alerte plus ou moins étendu. En général, ce réseau est composé d'urgentistes, d'infirmières et de médecins scolaires, libéraux et hospitaliers ; parfois, ce réseau déborde le milieu médical pour comprendre aussi les chefs d'établissements scolaires, les CPE de collège, les organismes d'aide sociale, les foyers dépendant de l'Aide sociale à l'enfance (MECS, foyers d'urgence) et de la Protection judiciaire de la jeunesse, les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques, les instituts médico-éducatifs, etc. Bien entendu, la Maison des adolescents locale (si elle existe) fait partie de ce réseau, puisqu'elle sert souvent de relais pour les familles inquiètes, les enseignants ou les médecins traitants.

Ce dispositif permet souvent d'éviter un acte grave et, en cas de troubles sévères, laisse espérer une réversibilité de la pathologie par un diagnostic précoce (Bacon *et al.* 2008). Vincent Garcin soulignait en 2008 lors du Congrès national des équipes mobiles « *la nécessité d'une prise en charge spécifique des adolescents, une population connaissant des difficultés d'accès aux soins, avec une expression particulière des troubles psychopathologiques, des conduites à risque, des passages à l'acte auto- ou hétéro-agressifs, des toxicomanies (...) et des symptômes dépressifs* »<sup>96</sup>. Certes, les EMP ne peuvent pas résoudre tous les problèmes de prise en charge de la souffrance psychique des jeunes des minorités sexuelles

96. [www.infirmiers.com/actualites/actualites/congres-national-des-equipes-mobiles-de-psychiatrie.html](http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/congres-national-des-equipes-mobiles-de-psychiatrie.html) [dernière consultation le 01/09/2013].

ni de celle des suicidants, mais elles peuvent constituer un outil très efficace pour prévenir les passages à l'acte et faire accéder ces jeunes à des soins ou des structures leur permettant de surmonter les moments difficiles. Il semble donc important de renforcer leur présence sur le territoire national et de veiller à une bonne formation / sensibilisation de leur personnel aux problématiques des minorités sexuelles (même si, bien entendu, il n'est pas question de chercher à aborder un sujet aussi intime lors d'une intervention d'urgence).

Cependant, malgré les bons résultats soulignés par les acteurs de terrain et plusieurs travaux d'évaluation, le développement des EMP n'est pas aussi évident qu'il y paraît. Elles font face à certaines difficultés de fonctionnement et à certaines limites en termes d'efficacité (Bacon *et al.* 2008) : l'une de ces limites tient à la difficulté du travail de coopération et de partenariat au niveau local (avec les médecins libéraux, les établissements scolaires, les organismes éducatifs et judiciaires, les institutions et administrations). À cela s'ajoutent d'autres difficultés : un financement incertain ; une absence de socle réglementaire et de fonctionnement commun (Bacon *et al.* 2008) ; une inégalité d'implantation territoriale ; des inadaptations structurelles, également, comme le manque de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie pour les cas graves.

## LES ACTIONS DANS D'AUTRES CONTEXTES

### En prison

La Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) s'est emparée depuis quelques années du problème des agressions envers les jeunes des minorités sexuelles et a mis en place des actions en lien avec des associations. Ces actions s'inscrivent dans le cadre plus global de la lutte contre les discriminations fondées sur l'identité de la personne, et du travail de fond mené par le ministère de la Justice sur la vie affective et sexuelle des adolescents. Dans ce contexte, l'information et la formation des personnels de la police et de la justice est un enjeu important pour mieux saisir les difficultés spécifiques rencontrées par les jeunes LGBT, leur assurer une égalité de traitement et des réponses appropriées, c'est-à-dire qui ne les mettent pas en danger.

### Après des associations familiales

Nous avons vu qu'une aide aux familles des jeunes LGBTQ était primordiale. Des organismes et associations spécifiques s'adressent à elles avec efficacité ; cependant, il conviendrait de sensibiliser les associations familiales généralistes à la problématique de l'homophobie et des comportements suicidaires chez les jeunes LGBTQ, ainsi qu'aux difficultés rencontrées par leurs familles et fratrie, pour mieux les prendre en compte dans leurs actions et revendications.

## Dans les bibliothèques

Parmi les lieux ressources possibles pour les jeunes qui s'interrogent sur leur identité sexuelle (synonymes : identité sexuée ou identité de genre), on pourrait également citer les bibliothèques, qu'elles soient municipales, scolaires ou universitaires. Aux États-Unis, 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). Des actions similaires pourraient être menées en France, en veillant à ce que les sections jeunesse et adultes disposent d'ouvrages adaptés qui présentent la diversité des orientations sexuelles de manière neutre et prônent le respect des droits de chacun(e).

## LE RÔLE DE L'ÉTAT

Comme le rappelle 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* ». Les États se doivent donc de veiller au respect de celle-ci, quelle qu'elle soit. Dans ce sens, des manuels d'actions ont été publiés par des organismes internationaux comme Human Rights Watch et Amnesty International, et des recommandations ont été exprimées dans le cadre du département santé de la Commission des Droits de l'Homme de l'ONU (Firdion et Verdier 2003b).

En conformité avec les directives de l'Union européenne, la loi française promeut l'égalité de traitement des personnes, quelle que soit leur identité sexuelle et condamne toute discrimination de cette nature dans le monde du travail, des loisirs, etc. Cette égalité des droits a progressé récemment avec l'ouverture du mariage aux couples de même sexe. Il reste cependant des questions à traiter comme par exemple le respect des droits des enfants de couples de même sexe. Un Défenseur des Droits et son réseau de délégués ont été mis en place (en reprenant les missions de la HALDE) pour lutter notamment contre le harcèlement moral discriminatoire, ce qui inclut les discriminations liées à l'orientation sexuelle.

Un programme d'actions gouvernemental contre les violences et les discriminations commises à raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre a été lancé en 2012<sup>97</sup>. Plusieurs initiatives ont été prises et doivent être développées par divers ministères, dont celui en charge de la santé.

## Les actions du ministère en charge de la santé

Ce dernier, dans le cadre de sa priorité « Santé des Jeunes », a prévu plusieurs actions pour prendre en compte les questions liées à l'orientation sexuelle et l'identité de genre, et répondre aux besoins des jeunes les plus vulnérables.

97. Le bilan intermédiaire de ce programme est consultable sur le site [www.gouvernement.fr](http://www.gouvernement.fr) [dernière consultation le 01/09/2013].

Certaines de ces actions visent à améliorer la prévention, le repérage et la prise en charge des jeunes présentant un risque suicidaire. Vont notamment dans ce sens :

- la création d'un Observatoire du suicide en septembre 2013 [encadré 6]. La question des discriminations à raison de l'orientation sexuelle a été prise en compte dans la composition de cet Observatoire. Elle pourra également faire l'objet d'un « focus » particulier dans le cadre de ses travaux ;
- le soutien des associations agissant auprès du public et/ou des professionnels (par exemple les associations Contact, Ligue française pour la santé mentale, Solidarité Sida...).

### ENCADRÉ 6

#### L'Observatoire national du suicide (ONS)

Placé auprès du ministère en charge de la santé, l'ONS réunit les représentants de sept ministères, des acteurs institutionnels (opérateurs de l'État et caisses d'Assurance maladie), des parlementaires, ainsi que des chercheurs, des professionnels de santé de diverses disciplines, des personnalités qualifiées et des représentants d'associations. Il a pour mission d'améliorer la connaissance des mécanismes conduisant aux suicides

et de mieux coordonner et exploiter les différentes données existantes. Il devra également évaluer les politiques publiques de lutte contre le suicide, et produire des recommandations, particulièrement dans le champ de la prévention. Il se réunira deux fois par an. En parallèle, des groupes thématiques travailleront plus spécifiquement dans les domaines de la recherche et de la prévention.

D'autres actions visent à mieux intégrer ces questions dans les ressources / outils sur la sexualité à destination des jeunes, notamment ceux proposés par l'Inpes<sup>98</sup> ou par Fil Santé Jeunes.

D'autres actions, enfin, 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, on peut notamment citer la conception et la diffusion par l'Inpes de l'outil « *Jeune et homo sous le regard des autres* » [encadré 7].

98. Notamment sur le site internet « On sexprime » : [www.onsexprime.fr](http://www.onsexprime.fr) [dernière consultation le 01/09/2013].

## ENCADRÉ 7

### L'outil « *Jeune et homo sous le regard des autres* »

Diffusé depuis avril 2010, cet outil contient un DVD avec cinq courts métrages réalisés à partir de scénarios écrits par des jeunes de 16-30 ans (scénarios sélectionnés par un jury présidé par André Téchiné) et 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 : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr).

## Soutenir des espaces d'expression

Nous avons vu qu'il existe en France des outils et des moyens permettant aux jeunes d'exprimer leur mal-être (aussi bien sur les questions de discrimination que de sexualité et d'identité) : lignes d'écoute sociale et lignes d'écoute pour les suicidants et leurs familles, lieux dédiés aux jeunes (adolescents et jeunes adultes)... L'État soutient ces dispositifs, les aide à se développer et à atteindre leurs objectifs : écouter et rendre possible l'expression des difficultés et des souffrances, promouvoir des expériences gratifiantes, diagnostiquer les situations de crise nécessitant une intervention rapide, favoriser des stratégies de «  *coping*  » positives (Smyth et MacLachlan 2005).

Dans le cadre du développement d'actions de proximité, il serait intéressant de réaliser un état des lieux des actions et des ressources régionales portant sur l'homophobie et le risque suicidaire. Seul un inventaire exhaustif permet de rendre les initiatives visibles, d'envisager leur évaluation et de coordonner leur action. L'Observatoire national du suicide pourrait avoir ici un rôle majeur. Il serait également pertinent de recenser les besoins et attentes exprimés par les acteurs locaux, communautaires ou généralistes, et développer entre eux une synergie d'action qui permettrait d'apporter des réponses mieux adaptées à la situation concrète des jeunes concernés par une discrimination. Il serait aussi souhaitable d'encourager la mutualisation ou tout au moins le partage des expériences, des difficultés et des succès rencontrés localement par les structures et les acteurs de proximité du secteur. En s'appuyant sur les potentialités locales, l'intervention serait alors plus facile à mettre en œuvre.



Ce bilan permettrait également d'élaborer un référentiel de formations, d'outils pédagogiques et d'évaluation, ainsi que des conseils méthodologiques. On pourrait aussi imaginer de créer dans les principales villes de France des espaces d'échange et de dialogue sur les différentes formes de discrimination. De tels espaces donneraient l'occasion aux jeunes de s'exprimer sans craindre d'affirmer leurs différences.

## Communiquer spécifiquement sur l'homophobie

La Journée internationale contre l'homophobie (le 17 mai<sup>99</sup>, journée reconnue par plus de quarante États dont la France) est une occasion de promouvoir spécifiquement la lutte contre l'homophobie et la transphobie ; une attention particulière pourrait être portée au rappel de la loi et à une information détaillée sur les moyens permettant de porter plainte en cas d'agression et de harcèlement. Au-delà de l'État, tous les acteurs de la vie économique, sociale et culturelle ont un rôle à jouer. Ainsi, de plus en plus de lieux publics affichent maintenant leur refus des discriminations homophobes et sexistes (par exemple, le stade du Parc des Princes à Paris).

## Développer la recherche et les études

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), puis centralisées et analysées dans un rapport annuel remis au Défenseur des Droits.

Il paraît indispensable, dans le domaine des sciences sociales comme dans celui de la santé, d'élaborer des programmes de recherche spécifiques à ces thématiques (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 et des études qualitatives. Ces différentes approches pourraient être construites autour de problématiques centrées sur la question des comportements suicidaires (idéations suicidaires, tentatives de suicide), les différentes dimensions de l'identité et de l'orientation sexuelle (y compris chez celles et ceux qui se questionnent sur leur orientation sexuelle), en y ajoutant les attirances sexuelles, les comportements sexuels présents et passés, les stratégies de «  *coping*  », les relations avec la famille (parents, fratrie), les effets de l'âge, de génération et du cycle de vie... La mise en œuvre d'une étude longitudinale éclairerait les facteurs de risque et de protection, en explorant

---

99. *International Day Against Homophobia and Transphobia (IDAHOT)*, [www.dayagainsthomophobia.org](http://www.dayagainsthomophobia.org) [dernière consultation le 01/09/2013].

notamment les facteurs contextuels (discrimination, harcèlement, victimisation, présence ou non d'une politique inclusive dans l'établissement scolaire, mixité sociale, appartenance religieuse, etc.) des comportements suicidaires, en lien avec les problématiques d'identité sexuelle et sexuée, chez les jeunes scolarisés et en début d'activité économique (Haas *et al.* 2011).

Il serait particulièrement intéressant de focaliser certaines études sur des groupes spécifiques – par exemple les femmes, les jeunes bisexuel(le)s et en questionnement, les jeunes sans domicile, les jeunes placés, etc. – et de développer des méthodologies nouvelles permettant une analyse fine des groupes minoritaires en s'appuyant sur un groupe de contrôle<sup>100</sup>. Récemment, de nouveaux champs de recherche ont émergé, sur lesquels on ne sait que très peu de choses en France : le devenir des enfants élevés par des parents de même sexe et les éventuelles discriminations qu'ils/elles subissent (Hefez 2010) ; l'attitude des intervenants sociaux vis-à-vis des familles homoparentales ; l'effet du « *coming out* » sur la crise suicidaire selon la temporalité, le sexe et l'orientation sexuelle ; la perception (en population générale et chez les adolescents) des minorités sexuelles et de leurs revendications d'égalité des droits.

Il serait également pertinent d'intégrer, dans les enquêtes sur grand échantillon représentatif national (notamment celles centrées sur la santé, les inégalités et la citoyenneté), des items sur l'identité sexuelle, les comportements suicidaires et les agressions homophobes ou sexistes, afin de pouvoir disposer d'estimations solides permettant d'objectiver le vécu des personnes LGBT et/ou victimes de discriminations homophobes, et d'identifier les sources de mal-être.

Des campagnes de sensibilisation menées en Bavière et au Québec ont diffusé cette idée simple et forte : « tout amour mérite respect ». Toute atteinte à la dignité de la personne met en cause ce respect de l'autre. Nous avons décrit dans cet ouvrage bien des initiatives et des dispositifs qui montrent une mobilisation ces dernières années pour répondre au mal-être et aux difficultés que rencontrent les jeunes LGBTQ. Toutefois, des progrès restent encore à accomplir pour que professionnels et associatifs travaillent en coordination les uns avec les autres, dans des structures moins fragiles et avec une meilleure visibilité. La lutte contre les comportements suicidaires chez les jeunes LGBTQ passe par la lutte contre l'homophobie, contre le sexisme, contre la crainte de la confusion des genres, contre toute forme d'agression à l'école comme dans la famille ou d'autres lieux ; elle passe tout autant par la prise en compte et le soin des souffrances et des inquiétudes endurées. Partant de la situation

---

100. 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(e) gay ou lesbienne qui ont constitué le groupe témoin (Balsam *et al.* 2005a, 2005b).

des jeunes des minorités sexuelles, nous avons constaté que leurs proches (parents, frères / sœurs, amis) peuvent souffrir de ces discriminations, et que de jeunes hétérosexuel(le)s sont parfois pris(es) pour cible de l'homophobie et subissent un harcèlement parce qu'ils/elles sont perçu(e)s comme « différent(e)s ». Des études et des recherches ont pris pour objet la détresse des jeunes des minorités sexuelles confrontés à un milieu hostile et ces travaux nous ont éclairés sur des phénomènes plus larges (homophobie intériorisée, contagion du stigmat, bouc émissaire, victime secondaire de la stigmatisation...), contribuant ainsi à mieux comprendre ce monde social dont nous cherchons à améliorer le « vivre ensemble ». Les démarches diverses pour lutter contre l'homophobie et ses conséquences péjoratives, de même que l'amélioration des connaissances sur ces phénomènes discriminatoires, doivent être intégrées dans un vaste programme d'action et de prévention au sein duquel on trouvera le souci de l'autre (différent), de son bien-être, et l'exigence du respect pour chacun(e).

## **Annexes**





# Bibliographie

Les liens internet mentionnés ont été consultés le 16/09/2013.

## A

- Abega S.C. Afrique de l'Ouest. In : Tin L.-G., éd. *Dictionnaire de l'homophobie*. Paris : Presses Universitaires de France, 2003 : p. 9-15.
- 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.
- Adams N., Cox T., Dunstan L. "I Am the Hate that Dare Not Speak its Name" : Dealing with homophobia in secondary schools. *Educational Psychology in Practice*, 2004, Vol. 20, n° 3 : p. 259-269.
- Almeida J., Johnson R.M., Corliss H.L., Molnar B.E., Azrael D. Emotional distress among LGBT youth : The influence of perceived discrimination base on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 2009, vol. 38 : p. 1001-1014.
- 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 : [www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/suicide.pdf](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 : [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_266786/crisesuicidaire-recommandations-version-longuepdf](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_266786/crisesuicidaire-recommandations-version-longuepdf)

- Anaes. *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations*. Paris : Anaes, 2000 : 91 p.  
En ligne : [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf)
- 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 : [www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er185.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er185.pdf)
- Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Jougla E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine 2006. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, numéro spécial suicide, décembre 2011, n° 47-48 : p. 497-500.
- Aouba A., Péquignot F., Le Toullec A., Jougla 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.
- Arm J.R., Horne S.G., Levitt H.M. Negotiating connection to GLBT experience : Family members' experience of anti-GLBT movements and policies. *Journal of Counseling Psychology*, 2009, vol. 56 : p. 82-96.
- Assailly J.P. *La mortalité des jeunes*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je ?, 2001 : 126 p.
- Athanases S.Z., Larrabee T.G. Toward a consistent stance in teaching for equity : learning to advocate for Lesbian- and Gay-identified youth. *Teaching and Teacher Education*, 2003, vol. 19 : p. 237-261.

## B

- Badgett M.V.L. Social inclusion and the value of marriage equality in Massachusetts and the Netherlands. *Journal of Social Issues*, 2011, vol. 67 : p. 316-334.
- Badinter E. XY. *De l'identité masculine*. Paris : Éd. Odile Jacob, coll. Livre de Poche, 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 : [www.ancic.asso.fr/documents/rapportinsermsexualite.pdf](http://www.ancic.asso.fr/documents/rapportinsermsexualite.pdf)
- 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., Lehavot K., Beadnell B., Circo E. Childhood abuse and mental health indicators among ethnically diverse lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2010, vol. 78, n° 4 : p. 458-468.
- 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 : Inpes, coll. Référentiels, 2008 : 134 p.  
En ligne : [www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf)

- Barnett T., Whiteside A., Khodakevich L., Steshenko V. The HIV/AIDS epidemic in Ukraine: its potential social and economic impact. *Social Science et Medicine*, 2000, vol. 51, n° 9 : p. 1387-1 403.
- 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 : [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_266786/crisesuicidaire-recommandations-version-longuepdf](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_266786/crisesuicidaire-recommandations-version-longuepdf)
- Batt-Moillo A. L'autopsie psychologique pour mieux prévenir le suicide. *Sciences Humaines*, 2005, n° 162.  
En ligne : [www.scienceshumaines.com/questions-a-agnes-batt-moillo-l-autopsie-psychologique-pour-mieux-prevenir-le-suicide\\_fr\\_5044.html](http://www.scienceshumaines.com/questions-a-agnes-batt-moillo-l-autopsie-psychologique-pour-mieux-prevenir-le-suicide_fr_5044.html)
- 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. Risque suicidaire et minorités sexuelles : une problématique récente. *Agora*, 2011, n° 58 (2) : p. 33-46.
- Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, 2007 : 608 p.
- Beck F., Guignard R., Du Roscoat E., Sañas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *BEH*, numéro spécial suicide, décembre 2011, n° 47-48 : p. 488-492.
- 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 Alfred C. Kinsey*. Paris : Albin Michel, 1980.
- Bellmore A., Ma T.L., You J., Hughes M. A two-method investigation of early adolescents' responses upon witnessing peer victimization in school. *Journal of Adolescence*, 2012, vol. 35 : p. 1265-1276.
- Berlan E.D., Corliss H.L., Field A.E., Goodman E., Austin S.B. Sexual orientation and bullying among adolescents in the growing up today study. *Journal of Adolescent Health*, 2010, vol. 46, n° 4 : p. 366-371.
- Biegel S. *The right to be out. Sexual orientation and gender identity in America's public schools*. Minneapolis : University of Minnesota Press, 2010 : 300 p.
- Bird J.D.P., Kuhns L., Garofalo R. The impact of role models on health outcomes for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 2012, vol. 50 : p. 353-357.
- Birkett M., Espelage D.L., Koenig B. LGB and Questioning students in schools: The moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 2009, vol. 38 : p. 989-1000.
- Blackwell C.W., Ricks J.L., Dziegielewski S.F. Discrimination of gays and lesbians : A social justice perspective. *Journal of Health and Social Policy*, 2004, vol. 19, n° 4 : p. 27-43.
- 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 sozioethischer 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.
- Bouhdiba S. L'homophobie dans l'islam : mythe ou réalité ? In : Bareille, éd. *Homosexualités, révélateur social ?* Mont-Saint-Aignan : PURH, 2010 : p. 125-131.
- Bouris A., Guilamo-Ramos V., Pickard A., Shiu C., Loosier P.S., Dittus P., Gloppen K., Waldmiller J.M. A systematic review of parental influences on the health and well-being of lesbian, gay, and bisexual youth : Time for a new public health research and practice agenda. *Journal of Primary Prevention*, 2010, vol.31 : 273-309.
- 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 : [www.invs.sante.fr/publications/2007/epg\\_2004/index.html](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.
- Bronfenbrenner U. Reality and research in the ecology of human development. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 1975, vol. 119, n° 6 : p. 439-469.
- Brooks K.D., Bowleg L., Quina K. Minority sexual status among minorities. In : Sana Loue, éd. *Sexualities and Identities of Minority Women*, New York : Springer, 2009, ch. 3 : p. 41-63.
- 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.
- Bybee J.A., Sullivan E.I., Zielonka E., Moes E. Are gay men in worse mental health than heterosexual men ? The role of age, shame and guilt, and coming-out. *Journal of Adult Development*, 2009, vol.16 : p. 144-154.

## C

- Caroli F., Guedj M.J. *Le suicide*. Paris : Flammarion, coll. Domino, 1999 : 126 p.
- Carra C. Violences à l'école : évolutions et interrogations. *Regards sur l'Actualité*, 2010, n° 363 : p. 19-30.
- 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 : Éd. 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 : [www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er598.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er598.pdf)

- Chan-Chee C., Jezewski-Serra D. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. *BEH*, numéro spécial suicide, décembre 2011, n° 47-48 : p. 492-496.
- Chappert J.-L., Péquignot F., Pavillon G., Jouglà 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, Série Études, n° 30, 2003 : 41 p.  
En ligne : [www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud30.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud30.pdf)
- Charbonnier E., Graziani P. Vécu émotionnel et tentatives de suicide lors du coming-out. *Revue Française de Psychiatrie et Psychologie Médicale*, 2011a, vol.119 : p. 11-16.
- Charbonnier E., Graziani P. La perception de jeunes lesbiennes et gais concernant l'attitude de leurs parents à l'égard de leur homosexualité. *Revue Canadienne de Santé mentale Communautaire*, 2011b, vol.30, n° 2 : p. 31-46.
- Charbonnier E., Graziani P. Les stratégies de « coping » que les jeunes homosexuels mettent en place lors de la divulgation de leur homosexualité. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2012, vol.22 : p. 24-31.
- Charbonnier E., Pierluigi P. Stress and homosexuality. In : Cavalcanti et Azevedo, éd. *Psychology of stress: New Research*. New York : Nova Publishers, 2013.
- Chesir-Teran D., Hughes D. Heterosexism in High School and victimization among lesbian, gay, bisexual, and questioning students. *Journal of Youth and Adolescence*, 2009, vol.38 : p. 963-975.
- Clair I. *Le pédé, la pute et l'ordre hétérosexuel*. *Agora Débats/Jeunesse*, 2012, n° 60 : p. 67-77.
- Chauvin P., Parizot I. *Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens*. Paris : Éd. 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 : 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 x, 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 et Brooks-Gunn, dir. *Consequences of Growing Up Poor*. New York : Russell Sage Foundation, 1997 : p. 288-310.
- Consoli A., Peyre H., Speranza M., Hassler C., Falissard B., Touchette E., Cohen D., Moro M.R., Révah-Lévy A. Suicidal behaviors in depressed adolescents : roles of perceived relationships in the family. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2013, vol.7, n° 1 : 8.
- 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 and Neglect*, volume xxvi, issue 11, 2002 : 1165-1178.
- Corliss H.L., Goodenow C.S., Nichols L., Austin S.B. High Burden of homelessness among sexual-minority adolescents : Findings from a representative Massachusetts High School sample. *American Journal of Public Health*, 2011, vol. 101, n° 9 : p. 1683-1689.
- 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 novembre 2006. Paris : Ined, 2006.
- Cox N., Vanden Berghe W., Dewaele A., Vincke J. Acculturation Strategies and Mental Health in Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 2010, vol. 39 : p. 1199-1210.
- 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. Lesbian and Bisexual Girls in the Juvenile Justice System. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 2002, 19 (4) : 285-301.
- Cyrulnik B. *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob, 1999 : 218 p.
- Cyrulnik B. *Quand un enfant se donne « la mort »*. Paris : Odile Jacob, 2011 : 190 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.
- Davis T.S., Saltzburg S., Locke C.R. Supporting the emotional and psychological well being of sexual minority youth: Youth ideas for action. *Children and Youth Services Review*, 2009, vol. 31: p. 1030-1041.
- 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.
- Debarbieux, E. Les États Généraux de la sécurité à l'école: prendre (enfin) le temps de penser à l'action ? *Regards sur l'Actualité*, 2010, n° 363: p. 8-18.
- Debarbieux E. *Enquête nationale de victimation et climat scolaire auprès d'enfants âgés de 8 à 12 ans. À l'école des enfants heureux... enfin presque.* Rapport de recherche réalisé pour Unicef-France, Bordeaux: Observatoire international de la violence à l'école, 2011.  
En ligne: [www.unicef.fr/userfiles/UNICEF\\_FRANCE\\_violences\\_scolaires\\_mars\\_2011.pdf](http://www.unicef.fr/userfiles/UNICEF_FRANCE_violences_scolaires_mars_2011.pdf)
- 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.
- DEPP/Ministère de l'Éducation nationale. Résultats de la première enquête nationale de victimation au sein des collèges publics au printemps 2011. *Note d'information* n° 11-14, 2011.  
En ligne: [http://media.education.gouv.fr/file/2011/49/0/DEPP-NI-2011-14-enquete-nationale-victimation-colleges-publics\\_197490.pdf](http://media.education.gouv.fr/file/2011/49/0/DEPP-NI-2011-14-enquete-nationale-victimation-colleges-publics_197490.pdf)
- 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'Économie 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 three 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.
- Dodds C., Keogh P., Hickson F. *It makes me sick. Heterosexism, homophobia and the health of Gay men and Bisexual men* [Briefing Paper]. London: SIGMA Research, 2005: 20 p.  
En ligne: [www.sigmaresearch.org.uk/downloads/report05a.pdf](http://www.sigmaresearch.org.uk/downloads/report05a.pdf)
- Dolto F. *La cause des adolescents.* Paris: Éd. 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 et Sexuality*, 2002, vol. 4, n° 2 : p. 103-115.
- Durkheim E. *Le suicide* (12<sup>e</sup> éd.). Paris : Presses Universitaires de France, coll. Quadrige, 2007 : 512 p.

## E

- Elze D.E. In-Home services for families of LGBTQ youth. *National Resource Center for In-Home Services*, 2012, Washington D.C. : Children's Bureau, 14 p.
- 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.
- Ellis S.J. Diversity and inclusivity at university: a survey of the experiences of lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) students in the UK. *Higher Education*, 2009, vol. 57, n° 6 : p. 723-739.
- 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. Straight allies: What predicts heterosexuals' alliance with the LGBT community? *Journal of Applied Social Psychology*, 2011, vol. 41, n° 9 : p. 2077-2325.
- 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 et Socialisme, 2001, 63 p.  
En ligne : [www.france.qrd.org/assocs/hes/nosdossiers/suicide.pdf](http://www.france.qrd.org/assocs/hes/nosdossiers/suicide.pdf)
- Firdion J.-M., Beck F., Schiltz M.A. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. *BEH*, 2011, n° 47-48 : p. 508-510.
- 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, 3 avril 2003. Genève : Commission des Droits de l'Homme, 2003b : 6 p.
- 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.
- Freundlich M., Avery R.J. Gay and Lesbian Youth in Foster Care: Meeting their Placement and Service Needs. *Journal of Gay & Lesbian Social Services: Issues in Practice, Policy et Research*, 2004, vol. 17, n° 4 : p. 39-57.
- 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.
- Friedman M.S., Marshal M.P., Guadamuz T.E., Wei C., Wong C.F., Saewyc E.M., Stall R. A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health*, 2011, vol. 101 : p. 1481-1494.
- Friedman M.S., Morgan E.M. Comparing sexual-minority and heterosexual young women's friends and parents as sources of support for sexual issues. *Journal of Youth and Adolescence*, 2009, vol. 38 : p. 920-936.
- Frisé A., Hasselblad T., Holmqvist K. What actually makes bullying stop? Reports from former victims. *Journal of Adolescence*, 2012, vol. 35 : p. 981-990.

## G

- Gangamma R., Slesnick N., Tovissimi P, Serovich J. Comparison of HIV Risks among Gay, Lesbian, Bisexual and Heterosexual Homeless Youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 2008, vol. 37 : p. 456-464.
- 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.

- Garnette L., Irvine A., Reyes C., Wilber S. Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth and the juvenile justice system. Chapter 8 in Sherman and Jacobs, eds. *Juvenile Justice*. New York: John Wiley and Sons, 2011 : p. 156-173.
- 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 Éd., 1999 : p. 81-91.
- Gérard R. Lesbophobie. In : Tin L.-G., éd. *Dictionnaire de l'homophobie*. Paris : Presses Universitaires de France, 2003 : p. 262-264.
- Giami A. De Kinsey au sida : l'évolution de la construction du comportement sexuel dans les enquêtes quantitatives. *Sciences Sociales et Santé*, 1991, vol. 9, 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.
- 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 française). Paris : Éd. de Minuit, coll. Le sens commun, 1975 : 180 p.
- Goldberg A.E., Kuvalanka K.A. Marriage (In)equality: The Perspectives of Adolescents and Emerging Adults With Lesbian, Gay, and Bisexual Parents. *Journal of Marriage and Family*, 2012, vol. 74, February : p. 34-52.
- Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé. *Revue d'Épidémiologie 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). Vanves : 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 et 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 : [www.safeschoolscoalition.org/bullyingreport/BullyReport.pdf](http://www.safeschoolscoalition.org/bullyingreport/BullyReport.pdf)
- Halpern C.T. Same-sex attraction and health disparities: Do sexual minority youth really need something different for healthy development? [editorial]. *Journal of Adolescent Health*, 2011, vol. 48 : p. 5-6.
- Hamel C. Devenir lesbienne le parcours de jeunes femmes d'origine maghrébine. *Agora*, 2012, n° 60 : p. 93-105.
- Harry J. Parasuicide, Gender, and Gender Deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983, n° 24 : p. 350-361.
- Hatzenbuehler M.L. The social environment and suicide attempts in Lesbian, Gay, and Bisexual youth. *Pediatrics*, 2011, vol. 127, n° 5 : p. 896-903.
- Hatzenbuehler M.L., Keyes K.M., Hasin D.S. State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, 2009, vol. 99, n° 12 : p. 2275-2281.
- Hatzenbuehler M.L., McLaughlin K.A., Keyes K.M., Hasin D.S. The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study. *American Journal of Public Health*, 2010, vol. 100, n° 3 : p. 452-459.
- Häusermann M., Wang J. *Les premiers résultats de l'enquête sur la santé des hommes gays*. 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.
- Haxhe S., d'Amore S. La fratrie face au « coming out ». *Thérapie Familiale* [en attente de publication].
- 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 et 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 and Community Health*, 2006, vol. 60, n° 11 : p. 962-967.
  - Hillier L. "It's a Catch-22" : Same-sex-attracted young people on Coming-Out to parents. *New directions for child and adolescent development*, 2002, n° 97 : p75-91.
  - Hillier L., Harrison L. Homophobia and the production of shame : young people and same sex attraction. *Culture, Health et Sexuality*, 2004, vol. 6, n° 1 : p. 79-94.
  - Hong J.S., Espelage D.L., Kral M.J. Understanding suicide among sexual minority youth in America : An ecological system analysis. *Journal of Adolescence*, 2011, vol. 34 : p. 885-894.
  - 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.
  - Horne S.G., Rostosky S.S., Riggle E.D.B. Impact of marriage restriction amendments on family members of lesbian, gay, bisexual individuals : A mixed-method approach. *Journal of Social Issues*, 2011, vol.67 : p. 358-375.
  - 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., Redchook 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., Szlachta L.A. Childhood risk factors for alcohol abuse and psychological distress among adult lesbians. *Child Abuse and Neglect*, 2007, n° 31 : p. 769-789.
  - Hugues T.L. Alcohol-related problems among sexual minority women. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 2011, vol.29, n° 4 : p. 403-435.
  - 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*. London : Stone Wall association. 2007 : 24 p.
- En ligne : [www.stonewall.org.uk/documents/school\\_report.pdf](http://www.stonewall.org.uk/documents/school_report.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, outil de recherche en prévention*. Paris : Inserm, 2005 : 199 p.  
En ligne : [www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000298/0000.pdf](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000298/0000.pdf)
- Ionescu S. Pour une approche intégrative de la résilience. In : Cyrulnik B., Duval P. dir. *Psychoanalyse 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 Éd., 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 : [www.nice.org.uk/niceMedia/documents/stand\\_up\\_for\\_us.pdf](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.
- Johnston M.L. *Predictors of loneliness in gay, lesbian and bisexual youth*. Master of Science, University of Iowa, Ames : ProQuest, 2008, 72 p.
- 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'Épidémiologie 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*. Saint-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 : [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/280-AvisSuicideJeunes.pdf](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.
- Kane E.W. No way my boys are going to be like that!' Parents' responses to children's gender nonconformity. *Gender et Society*, 2006, vol. 20, n° 2 : p. 149-176.
- 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.
- Khayatt D. What's to fear : Calling homophobia into question. *McGill Journal of Education*, 2006, vol. 41, n° 2 : p. 133-143.
- 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.
- Kosciw J.G., Greytak E.A., Diaz E.M. Who, what, Where, When, and Why : demographic and ecological factors contributing to hostile school climate for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 2009, vol. 38 : p. 976-988.
- 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

- La Sala M.C. Lesbians, Gay Men, and Their Parents : Family Therapy for the Coming-Out Crisis. *Family Process*, 2000, vol. 39, n° 1 : p. 67-81.
- Lagrange H., Lhomond B. *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Paris : 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. 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, vol. 31, n° 1 : p. 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. *American Journal of Public Health*, 2001, vol. 91, n° 6: p. 869-872.

## M

- Mac an Ghail M., Haywood C. Understanding boys: Thinking through boys, masculinity and suicide. *Social Science and Medicine*, 2012, vol.74, n° 4: p. 482-489.
- Maguen S., Floyd F.J., Bakeman R., Armistead L. Developmental milestones and disclosure of sexual orientation among gay, lesbian, and bisexual youths. *Applied Developmental Psychology*, 2002, vol. 23: p. 219-233.
- Maisel, N.C., Fingerhut A.W. California's ban on same-sex marriage: The campaign and its effects on gay, lesbian, and bisexual individuals. *Journal of Social Issues*, 2011, vol. 67: p. 242-263.
- Majd K., Marsamer J., Reyes C. *Hidden injustice. Lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in juvenile courts*. Equity Project, Washington D.C.: Legal Services for Children, National Juvenile Defender Center, National Center for Lesbian Rights, 2009.  
En ligne: [www.equityproject.org/pdfs/hidden\\_injustice.pdf](http://www.equityproject.org/pdfs/hidden_injustice.pdf)
- 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: Bréal, coll. D'autre part, 2004: 351 p.
- Marshal M.P., Dietz L.J., Friedman M.S., Stall R., Smith H.A., McGinley J., Thoma B.C., Murray P.J., d'Augelli A.R., Brent D.A. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health*, 2011, vol. 49: p. 115-123.
- Marshal M.P., Friedman M.S., Stall R., Thompson A.L. Individual trajectories of substance use in lesbian, gay, and bisexual youth and heterosexual youth. *Addiction*, 2009, vol. 104: p. 974-981.
- Martin J.I., D'Augelli A.R. How lonely are gay and lesbian youth? *Psychological Reports*, 2003, vol. 93, n° 2: p. 486.

- Martin-Storey A., Crosnoe R. Sexual minority status, peer harassment, and adolescent depression. *Journal of Adolescence*, 2012, vol. 35 : p. 1001-1011.
- Marzullo M.A., Herdt G. Marriage rights and LGBTQ youth : The present and future impact of sexuality policy changes. *Ethos*, 2011, vol. 39, n° 4 : p. 526-552.
- Mathy R.M. Transgender identity and suicidality in a nonclinical sample : Sexual orientation, psychiatric history and compulsive behaviors. *Journal of Psychology and 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., Bostwick W.B., Hughes T.H., West B.T., Boyd C.J. The Relationship Between Discrimination and Substance Use Disorders Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 2010, vol. 100, n° 10 : p. 1946-1952.
- 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. 84-116.
- McDermott E., Roen K., Scourfield J. Avoiding shame : young LGBT people, homophobia and self-destructive behaviors. *Culture, Health et 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 : Autrement, 1992 : p. 100-115.
- Meyer I.H. Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, vol.36, n° 1 : p. 38-56.
- 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.
- Meyer I.H. Lifetime prevalence of mental disorders and suicide attempts in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, 2008, vol. 98, n° 6 : p. 1004-1006.
- 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.

- Morrison L.L., L'Heureux J. Suicide and gay/lesbian/bisexual youth : Implications for clinicians. *Journal of Adolescence*, 2001, vol. 24 : p. 39-49.
- Moskowitz A., Stein J.A., Lightfoot M. The mediating roles of stress maladaptive behaviors on self-harm and suicide attempts among runaway and homeless youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 2013, vol. 42, n° 7 : p. 1015-1027.
- 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 : [www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er488.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er488.pdf)
- Muñoz-Plaza C., Quinn S.C., Rounds K.A. Lesbian, gay, bisexual and transgender students : Perceived social support in the High School environment. *The High School Journal*, 2002, vol. 85, n° 4 : p. 52-63.
- Mulé N.J., Ross L.E., Deepröse B., Jackson B.E., Daley A., Travers A., Moore D. Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development. *International Journal for Equity in Health*, 2009, vol. 8 : p. 1-11.
- Murphy D. Homophobia and psychotic crimes of violence. *The Journal of Forensic and 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.
- Mustanski B.S., Liu R.T. A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Archives of Sexual Behavior*, 2013, vol. 42, n° 3 : p. 437-448.
- Mustanski B.S., Newcomb N., Garofalo R. Mental health of lesbian, gay, and bisexual youth : A developmental resiliency perspective. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 2011, vol. 23, n° 2 : p. 204-225.

## N

- Navarro R., Larrañaga E., Yubero S. Bullying-victimization problems and aggressive tendencies in Spanish secondary school students : The role of gender stereotypical traits. *Social Psychology Education Journal*, 2011, vol. 14 : p. 457-473.
- NCLR (National Center for Lesbian Rights). *The California Foster Care Non-Discrimination Act (AB 458 FACT SHEET)*. San Francisco : National Center for Lesbian Rights, 2006 : 3 p.
- NCLR (National Center for Lesbian Rights). *LGBTQ Youth in the Foster Care System*. San Francisco : NCLR, 2006 : 8 p.  
En ligne : [www.nwnetwork.org/wp-content/uploads/2012/08/2006-NCLR-LGBTQ-Youth-in-the-Foster-Care-System1.pdf](http://www.nwnetwork.org/wp-content/uploads/2012/08/2006-NCLR-LGBTQ-Youth-in-the-Foster-Care-System1.pdf)
- Needham B.L., Austin E.L. Sexual Orientation, Parental Support, and Health During the Transition to Young Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 2010, vol. 39 : p. 1189-1198.
- 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., Bourgouin N., Divonne G. Suicide et mal-être social. *Population et Sociétés*, 1998, n° 334 : 4 p.  
En ligne : [www.ined.fr/fr/publications/pop\\_soc/bdd/publication/63/](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

- O'Donnell S., Meyer I.H., Schwartz S. Increased risk of suicide attempts among Black and Latino lesbians, gay men, and bisexual. *American Journal of Public Health*, 2011, vol. 101, n° 6 : p. 1055-1059.
- Olson L.R., Cadge W., Harrison J.T. Religion and Public Opinion about Same-Sex Marriage. *Social Science Quarterly*, 2003, vol. 87, n° 2 : p. 340-360.
- Organisation mondiale de la santé. *Prévenir le suicide. Ressource pour conseillers*. Département de Santé mentale et abus de substances psychoactives, Genève : OMS, 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, vol. 28, n° 6 : p. 925-930.

## P

- Parkes A., Strange V., Wight D., Bonell C., Copas A., Henderson M., Buston K., Stephenson J., Johnson A., Allen E., Hart G. Comparison of teenagers' early same-sex and heterosexual behavior : UK data from Share and Ripple studies. *Journal of Adolescent Health*, 2011, vol. 48 : p. 27-35.
- 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<sup>e</sup> édition). Paris : Presses Universitaires Françaises, coll. Quadrige, 2007 : p.V-XLVIII.
- Paul J.P., Catania J., Pollack L., Moskowitz J., Canchola J., Mills T., et al. Suicide Attempts Among Gay and 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.
- Perrin E.C., Cohen K.M., Gold M., Ryan C., Savin-Williams R., Schorzman C.M. Gay and Lesbian Issues in Pediatric Health Care. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 2004, vol. 34, n° 10 : p. 355-398.
- Phare Enfants-Parents. *Difficile adolescence. Signes et symptômes de mal-être*. Paris : Éd. Phare Enfants-Parents, 2002, 178 p.

- Pilowsky D.J., Wu L.T. Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health*, 2006, vol. 38 : p. 351-358.
- 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 : [www.enseignement.be/download.php?do\\_id=322oetdo\\_check=](http://www.enseignement.be/download.php?do_id=322oetdo_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.
- Plöderl M., Fartacek R. Childhood gender nonconformity and harassment as predictors of suicidality among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Austrians. *Archives of Sexual Behavior*, 2009, vol. 38 : p. 400-410.
- 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.
- Poteat V.P., Espelage D.L., Keonig B.W. Willingness to remain friends and attend school with lesbian and gay peers : Relational expressions of prejudice among heterosexual youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 2009, vol. 38 : p. 952-962.
- 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.
  - Ragg D.M., Patrick D., Ziefert M. Slamming the closet door : Working with gay and lesbian youth in care. *Child Welfare*, 2006, vol. 85, n° 2 : p. 243-265.
  - Rawls J. *Théorie de la justice*. Paris : Éd. du Seuil, collection « Points essais », 1971 (1987), 666 p.
  - Rawls J. *La justice comme équité. Une reformulation de la Théorie de la justice*. Paris : La Découverte, collection « Poche », 2001 (2008) : 289 p.
  - Ray N. *An Epidemic of Homelessness*. Washington DC : National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute, 2006 : 199 p.
- En ligne : [www.thetaskforce.org/downloads/reports/reports/HomelessYouth.pdf](http://www.thetaskforce.org/downloads/reports/reports/HomelessYouth.pdf)



- Reed R. Are the Kids Alright? Rawls, Adoption, and Gay Parents. *Ethical Theory and Moral Practice*, December 2012.
- 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.
- Rice E., Barman-Adhikuri A., Rhoades H., Winetrobe H., Fulginiti A., Astor R., Montoya J., Plant A., Kordic T. Homelessness experiences, sexual orientation, and sexual risk taking among High School students in Los Angeles. *Journal of Adolescent Health*, 2013, vol. 56, n° 6 : 773-778.
- 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., Gygax L., Bailey J.M. Sexual Orientation and Childhood Gender Nonconformity: Evidence From Home Videos. *Developmental Psychology*, 2008, vol. 44, n° 1 : p. 46-58.
- Riggle E.D.B., Rostosky S.S., Horne S.G. Marriage amendments and lesbian, gay, and bisexual individuals in the 2006 election. *Sexuality Research and Social Policy*, 2009, vol. 6, n° 1 : p. 80-89.
- Rivers I., Carragher D.J. Social-Developmental Factors Affecting Lesbian and Gay Youth: A Review of Cross-National Research Findings. *Children and 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.
- Robinson K.H., Ferfolja T. What are we doing this for? Dealing with lesbian and gay issues in teacher education. *British Journal of Sociology of Education*, 2001, vol. 22, n° 1 : p. 121-133.
- 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.
- Romero A.J. Latina teen suicide and bullying. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 2013, vol. 35, n° 2 : p. 159-173.
- 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.
- Rosario M., Schrimshaw E.W., Hunter J. Risk factors for homelessness among lesbian, gay, and bisexual youths: A developmental milestone approach. *Children and Youth Services Review*, 2012, vol. 34 : p. 186-193.
- Rose H.A., Rodgers K.B., Small S.A. Sexual identity confusion and problem behaviors in adolescents: A risk and resilience approach. *Marriage and Family Review*, 2006, vol. 40, n° 2/3 : p. 131-150.

- Rostovsky S.S., Riggle E.D.B., Horne S.G., Miller A.D. Marriage amendments and psychological distress in lesbian, gay, and bisexual (LGB) adults. *Journal of Counseling Psychology*, 2009, vol. 56 : p. 56-66.
- 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.T., Clarke T.J., Clary J. Are teens 'Post-Gay'? Contemporary adolescents' sexual identity labels. *Journal of Youth and Adolescence*, 2009, vol. 38 : p. 884-890.
- 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.
- Russell S.T., Muraco A., Subramaniam A., Laub C. Youth empowerment and High School gay-straight alliances. *Journal of Youth and Adolescence*, 2009, vol. 38 : p. 891-903.
- Russell S.T., Toomey R.B. Men's sexual orientation and suicide: Evidence for U.S. adolescent-specific risk. *Social Science and Medicine*, 2012, vol. 74 : p. 523-529.
- Ryan C., Huebner D., Diaz R.M., Sanchez J. Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *Pediatrics*, 2009, vol. 123 : p. 346-352.

## 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.
- Saltzburg S. Narrative Therapy Pathways for Re-authoring with Parents of Adolescents Coming-out as Lesbian, Gay, and Bisexual. *Contemporary Family Therapy*, 2007, vol. 29 : p. 57-69.
- 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.
- Scourfield J., Roen K., McDermott L. Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's experiences of distress : resilience, ambivalence and self-destructive behavior. *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.
- Shapiro D, Peterson C, Stewart A. Legal and social contexts and mental health among lesbian and heterosexual mothers. *Journal of Family Psychology*, 2009, vol. 23 : p. 255-262.
- Shelly M., Moreau D. Péril suicidaire chez les jeunes homos. *Libération*, 4 mars 2005 : p. 2.
- Shields J.P., Whitaker K., Glassman J., Franks H.M., Howard K. Impact of victimization on Risk of suicide among lesbian, gay and bisexual high school students in San Francisco. *Journal of Adolescent Health*, 2012, vol. 50 : p. 418-420.
- 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., Gondouneau 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 M. 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.
- SPRC (Suicide Prevention Resource Center). *Suicide risk and prevention for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth*. Newton : Education Development Center, 2008 : 63 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.
- Stieglitz K.A. Development, risk, and resilience of transgender youth. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2010, vol. 21, n° 3 : p. 192-206.
- 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.
- Stueve A., O'Donnell L., Duran R., San Doval A., Geier J. Being High and Taking Sexual Risks : Findings from a Multisite Survey of Urban Young Men Who Have Sex With Men. *AIDS Education and Prevention*, 2002, vol. 14, n° 6 : p. 482-495.

- 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 : [www.lambdalegal.org/our-work/publications/youth-in-the-margins.html](http://www.lambdalegal.org/our-work/publications/youth-in-the-margins.html)

## T

- Talley A.E., Sher K.J., Littlefield A.K. Sexual orientation and substance use trajectories in emerging adulthood. *Addiction*, 2010, vol. 105 : p. 1235-1245.
- 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.
- Théry I., éd. *Mariage de même sexe et filiation.* Paris : Éd. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, coll. Cas de figure, 2013 : 148 p.
- Thompson R., Proctor L.J., English D.J., Dubowitz H., Narasimhan S., Everson M.D. Suicide ideation in adolescence : Examining the role of recent adverse experiences. *Journal of Adolescence*, 2012, vol. 35 : p. 175-186.
- Tin L.-G. *Dictionnaire de l'homophobie.* Paris : Presses Universitaires de France, 2003 : 451 p.
- Toomey R.B., McGuire J.K., Russell S.T. Heteronormativity, school climates and perceived safety for gender non conforming peers. *Journal of adolescence*, 2012, vol. 35 : p. 187-196.
- Torres S.R., Harper G., Sánchez B., Fernández I. Examining natural mentoring relationships (NMRs) among self-identified gay, bisexual, and questioning (GBQ) male youth. *Children and Youth Services Review*, 2012, vol. 34, n° 1 : p. 8-14.
- 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. État 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 : [www.inpes.sante.fr/SLH/articles/386/04.htm](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.
- Verdier E., Firdion J.M. *Homosexualités et suicide. Études, témoignages et analyse : les jeunes face à l'homophobie*. Béziers : HetO Éd., 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 and 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

- Walls N.E., Potter C., Van Leeuwen J. Where Risks and Protective Factors Operate Differently: Homeless Sexual Minority Youth and Suicide Attempts. *Child Adolesc Soc Work Journal*, 2009, vol. 26 : p. 235-257.
- 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.
- Westefeld J.S., Maples M.R., Buford B., Taylor S. Gay, lesbian and bisexual college students: The relationship between sexual orientation and depression, loneliness, and suicide. *Journal of College Student Psychotherapy*, 2001, vol. 15, n° 3 : p. 71-82.
- 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 and 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.
- White J. *Preventing youth suicide: A guide for practitioners*. Victoria : Ministry of Children and Family Development, Child and Youth Mental Health Policy Branch, British Columbia, 2012 : 105 p.
- Whitehead N.E. *Homosexuality and Mental Health Problems* [article en ligne], 2004. En ligne : [www.narth.org/docs/whitehead.html](http://www.narth.org/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.
- Williams J.H. Addressing incarcerated adolescents' psychological and physical health service needs. *Journal of Adolescent Health*, 2006, vol. 38 : 638-640.

**Z**

- Zand D.H., Thomson N., Cervantes R., Espiritu R., Klagholz D., LaBlanc, L., Taylor A. The mentor–youth alliance: The role of mentoring relationships in promoting youth competence. *Journal of Adolescence*, 2009, vol. 32: 1-17.
- 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*<sup>101</sup>) 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<sup>e</sup> de collège à la terminale de lycée (âge moyen : 16 ans). Cette enquête comporte des questions sur le sexe des partenaires sexuels<sup>102</sup>. Parmi les élèves ayant eu des rapports sexuels (n = 1 668), 6,4 % ont déclaré avoir eu un/des contact(s) sexuel(s) avec une personne de même sexe (Faulkner et 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 tentative de suicide 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 géographique et de niveau scolaire (méthodologie « *matched pairs study* »). Les auteurs ont

---

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

102. Cette enquête ne figure pas au tableau I (p. 36) car les résultats n'y sont pas détaillés par sexe.



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 et 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 partenaire(s) du même sexe présente cinq fois plus de risques de commettre une tentative de suicide que les hommes exclusivement hétérosexuels ; les idées suicidaires et les tentatives de suicide 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 tentative de suicide 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 partenaire(s) 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 »

Richard L., Barthélémy L., Tremblay M. -C., Pin S., Gauvin L. dir.  
***Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-qubécois.***  
Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2013 : 112 p.

Hamel E., Bodet É., Moquet M.-J. dir.  
***Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé.***  
Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2012 : 116 p.

Rostan F., Simon C., Ulmer Z. dir.  
***Promouvoir l'activité physique des jeunes. Élaborer et développer un projet de type Icaps.***  
Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2011 : 188 p.

Jourdan D.  
***Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants?***  
Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 160 p.















Conception graphique originale **Scripta** – Céline Farez, Virginie Rio  
Maquette et réalisation **Médi-Text** – 75014 Paris  
Photographie de couverture **Magali Bragard**  
Impression avril 2014 **Fabrègue** – Bois-Joli/BP 10 – 87500 Saint-Yrieix-la-Perche  
Dépôt légal avril 2014

Depuis la fin des années 1990 (aux États-Unis, 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 provoquer une perte d'estime de soi, une perte de confiance dans l'avenir et les autres. Le soupçon 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.

Il existe aujourd'hui en France de nombreuses initiatives de prévention de l'homophobie et du risque suicidaire. Au niveau national, le gouvernement a initié en 2012 un vaste programme d'actions contre les violences et les discriminations commises à raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, qui mobilise plusieurs ministères et s'attache particulièrement à la prévention des risques pour les jeunes LGBTQ. D'autres pistes d'actions, parfois inspirées d'exemples étrangers, pourraient être proposées : développer des équipes d'intervention mobiles, des lieux d'accueil pour les jeunes LGBTQ sans foyer, des groupes de soutien aux proches des jeunes LGBTQ, des programmes pour rendre les écoles plus sûres... La sensibilisation des divers professionnels en contact avec les jeunes pourrait être approfondie ou élargie. Enfin, pour continuer à améliorer nos connaissances, les enquêtes pourraient intégrer des questions sur ces phénomènes spécifiques que sont l'homophobie, la lesbophobie, la transphobie et le sexisme.

**Ouvrage édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires.  
Ne peut être vendu.**



**Institut national de prévention et d'éducation pour la santé**

42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis cedex - France