

Orientation sexuelle et comportements suicidaires:

Une enquête sur les résultats de la recherche internationale et
nationale sur les facteurs de risque et de protection pour les
adolescents homosexuels et bisexuels

Édité par le collectif Formation de PINK CROSS, LOS et fels
03 novembre 2008

Christian Leu

Leiernstrasse 15, 3054 Schüpfen

christian_leu@students.unibe.ch



Organisation Suisse des gais,
Zinggstrasse 16, Case postale 7512, 3001
Berne. office@pinkcross.ch



Organisation suisse des lesbiennes,
Case postale 455, 3000 Berne 14.
info@los.ch



Bruchmattrain 5, 6003 Lucerne.
fels@fels-eltern.ch

<i>Introduction</i>	1
<i>1.) Comportements suicidaires et orientation sexuelle</i>	4
1.1) Comportements suicidaires	4
1.2) Orientation sexuelle: bi- et homosexualité	7
<i>2.) Méthode de recherche</i>	9
<i>3.) Résultats</i>	12
3.1) Suicide en Suisse	12
3.2) Résultats: comportements suicidaires et orientation sexuelle	13
3.2.1) Commentaire de l'annexe tabellaire	13
3.2.2) Résultats des études nationales et internationales	14
<i>4.) Discussion</i>	18
4.1) Modèles	18
4.2) Facteurs de risque	20
4.2.1) Caractéristiques individuelles et santé mentale.....	20
4.2.1.1) Bien-être physique et psychique	20
4.2.1.2) Variables sociodémographiques	22
4.2.1.3) Autres influences individuelles: identité et comportement sexuel	25
4.2.2) Micro- et macrosystème.....	27
4.2.2.1) Microsystème: comportement atypique de genre, victimisation et homophobie	28
4.2.2.2) Macrosystème: culture, binarité de l'orientation sexuelle.....	32
4.3) Facteurs de protection	34
4.4) Bilan	36
<i>5.) Recommandations</i>	38
<i>Résumé</i>	40
<i>Bibliographie</i>	43
Sources Internet	43
Bibliographie	44
<i>Liste des abréviations</i>	50
<i>Lexique</i>	51
<i>Annexes</i>	55

Annexe 1: Abstract Wang et al.....	55
Annexe 2: Tableau « Détails des études ».....	57
Annexe 3: Tableau « Pensées suicidaires ».....	59
Annexe 4: Tableau « Tentatives de suicide ».....	61
Annexe 5: Modèle Seesaw de Fenaughty et Harré (2003).....	63

Introduction¹

« Pour la majorité des gais, comme pour la population générale, la santé des gais, c'était le VIH et le sida, un point c'est tout. [...] Pendant 20 ans, le sida avait pris toute la place. Il avait masqué quantité de problèmes. Les différentes associations homosexuelles, ne bénéficiant d'aucune subvention si elles ne s'occupaient pas de l'épidémie du VIH, essayaient de répondre aux besoins des gais » (d'après: Häusermann et Wang 2003:3).

C'est en ces termes que Häusermann et Wang (2003) introduisaient le premier rapport sur le projet « santé gaie »², centré sur la santé des personnes homosexuelles ou bisexuelles. Le résultat de ce rapport est que dans tous les domaines de la santé, les valeurs des hommes homosexuels sont inférieures à celles de la moyenne de la population. Les auteurs attirent également l'attention sur un taux plus élevé de comportements suicidaires chez le groupe étudié (ibid.:14). Il y a lieu de remarquer qu'il n'existe – à part une étude encore inédite (Wang et al.)³ – pratiquement pas de travaux scientifiques-empiriques sur un (éventuel) lien entre l'orientation sexuelle et les comportements suicidaires en Suisse. Outre les études déjà mentionnées, la prise en compte de celle de Pierre Cochand et Pascal Singy (2001) s'impose. Si l'on compare ces deux travaux publiés jusqu'ici, on constate que seule la Suisse romande a été étudiée, que les groupes témoin hétérosexuels manquent, que les personnes considérées sont exclusivement des hommes homo- et bisexuels et que le comportement suicidaire était seulement une partie et non le moteur des études. Une recherche semble s'imposer : non pas toutefois du fait de la lacune précitée, mais du fait des résultats scientifiques obtenus jusqu'ici, notamment pour l'Amérique du Nord (USA et Canada).

Présentons à présent une brève vue d'ensemble de l'état de la recherche. Le point de départ de la vérification d'un lien éventuel entre le comportement suicidaire et l'orientation sexuelle est une publication du U.S. Department of Health and Human Services (Gibson 1989), dans laquelle Paul Gibson (ibid.: 110) déclare que les jeunes gais, lesbiennes et transsexuels appartiennent à deux groupes à haut risque (jeunes et « minorité sexuelle »); les jeunes non-hétérosexuels effectuent deux à trois fois plus souvent une tentative de suicide que les hétérosexuels et représentent jusqu'à 30% du nombre annuel de suicides aux États-Unis. Les personnes du groupe étudié sont exposées à une forte pression sociale en raison de leur orientation sexuelle, pression qui débouche sur des prévalences accrues de problèmes psychosociaux tels que les abus de substances, la dépression, les

¹ La présente étude s'est déroulée dans le cadre d'un service civil – du 30 juin au 12 septembre 2008 – sur mandat de l'Organisation des gais PINK CROSS. L'auteur est étudiant en sciences historiques et politiques à l'Université de Berne.

² Complément d'informations sur le projet, ainsi que sur l'étude, à l'adresse <http://www.santegaie.ch/>. Il est très vraisemblable qu'en 2009, une nouvelle étude du projet paraisse (selon un entretien téléphonique avec Jen Wang le 13.08.08).

³ Le résumé du rapport se trouve à l'annexe 1. Les premiers résultats de ce rapport sont pris en compte dans la présente étude.

épisodes dépressifs, l'échec scolaire etc. Certes, il y a déjà eu précédemment des études isolées qui abordaient cette thématique, comme celle de Bell et Weinberg (1978), ou la monographie de Rofes (1983), mais le travail de Gibson est le premier à avoir eu pour suite de nombreuses études en Amérique du Nord et dans les pays industrialisés occidentaux – Australie, Europe, Nouvelle Zélande – (Hofsäss 1999). Les travaux ci-après ont confirmé les résultats de Gibson (1989) – un risque accru de comportements suicidaires pour les lesbiennes, gais et bisexuels (LGB) (adolescents)⁴ – dans les types d'étude les plus divers (cohortes de naissance, études de jumeaux et grandes enquêtes sur la jeunesse et la santé) (Wang et al.; cf. Plöderl 2005:83). L'état de la recherche est résumé par Fitzpatrick et al. (2005:36) : les auteurs déclarent qu'il existe relativement peu de recherche sur la question et que les données ne sont guère cohérentes. Li Kitts (2005:623; cf. Bagley et Tremblay 1997:25-26) explique ceci par le fait que l'homosexualité patente est toujours frappée d'un certain opprobre. Cela signifie que les chercheurs qui travaillent sur la question de l'homo- et de la bisexualité peuvent voir leur carrière compromise du fait de la supposition qu'ils sont eux-mêmes non-hétérosexuels, ce qui les pousse à éviter le sujet.

Les études précédentes n'indiquent que de manière limitée pourquoi l'orientation sexuelle peut entraîner un risque accru de comportements suicidaires (Wichstrøm et Hegna 2003:144-145). En d'autres termes, un lien peut le plus souvent être attesté, mais les processus restent souvent peu clairs. Conformément à cette étude, il y a deux méthodes de recherche à appliquer pour éclaircir la question. Premièrement, on étudie les facteurs de risque spécifiques qui ne sont pertinents que pour les personnes homosexuelles et bisexuelles; par exemple l'âge de la première attirance homo-érotique ou les discriminations en raison de l'orientation sexuelle. La deuxième approche est une comparaison entre personnes hétérosexuelles, et homo- ou bisexuelles. Ce qui met au premier plan la question de savoir si les personnes non-hétérosexuelles sont davantage exposées à certains facteurs de risque de comportements suicidaires et, au cas où une augmentation de ces derniers est contrôlée, si l'influence de l'orientation sexuelle est une variable explicative qui se réduit ou qui disparaît entièrement. Toutefois, pour la deuxième méthode, Wichstrøm et Hegna (ibid.) indiquent que dans de nombreuses études, les facteurs de risque diminuent après contrôle, mais qu'il reste toujours une influence significative de l'orientation sexuelle. La recherche inventorie diverses variables explicatives, qui interviennent entre l'orientation sexuelle et les comportements suicidaires. Ces dernières années, on a découvert les influences les plus diverses, par exemple un comportement atypique par rapport au genre, la victimisation physique, les brimades du groupe de pairs (bullying) ainsi que l'homophobie, ce qui est effectivement en rapport avec l'influence précédente (Fitzpatrick et al. 2005; Friedman et al. 2006; Eisenberg et Resnick 2006). Or si l'on n'étudie pas exclusivement les facteurs de risque mais aussi les facteurs de protection, il n'existe que de rares travaux pour ces derniers et ils ne permettent pas toujours de tirer des conclusions inverses (Evans et al. 2004:972). Il

⁴ Il y a lieu de supposer que les résultats ont une certaine pertinence pour les personnes transsexuelles ou intersexuelles, mais ils ne sont pas obligatoirement transposables tels quels. Du fait de la faible prévalence de ces identités, il n'existe pratiquement pas d'étude empirique fiable sur le sujet. Si rien d'autre n'est indiqué ci-après, il est uniquement question de personnes homosexuelles ou bisexuelles des deux sexes.

s'agit ici du soutien social (social support), de la résilience, des stratégies de coping et des influences scolaires (Fenaughty et Harré 2003; Eisenberg et Resnick 2006; Goodenow et al. 2008). Les facteurs de risque et de protection sont aussi les éléments sur lesquels le présent travail est centré, puisqu'ils permettent de présenter les résultats de manière appropriée et d'en déduire des mesures orientées vers une utilisation pratique à des fins de prévention spécifique.

A noter que le comportement suicidaire ne constitue que la pointe de la santé psychique et que les homosexuels et bisexuels sont probablement plus fortement concernés par certains problèmes mentaux. Mais le présent travail est centré sur les comportements suicidaires afin d'éclairer une question le plus souvent quasiment ignorée par les services de prévention nationaux, cantonaux et locaux.⁵ Il s'agit de traiter complètement ci-après l'influence (probable) de l'orientation sexuelle sur le comportement suicidaire, et, pour ce faire, d'élucider la problématique suivante:

Comment expliquer causalement un risque accru de comportements suicidaires chez les adolescents LGB? Quels sont les éventuels facteurs de risque ou de protection qui influencent de tels actes suicidaires?

Afin de répondre à cette question, on a traité la bibliographie de recherche actuelle quantitative et qualitative de Suisse et de l'étranger. Suit une étude (chapitre 1) des principaux termes employés dans le présent travail: suicide et orientation sexuelle. Le chapitre 2 explique la méthode de recherche, comment opérationnaliser l'homo- et la bisexualité, comment nous avons obtenu les données, quels sont les problèmes méthodologiques des études, etc. Les troisième et quatrième chapitres présentent et discutent les derniers résultats, à commencer par une analyse descriptive des études empiriques (chapitre 3). Ensuite, le chapitre 4 traite la question des modèles d'explication ainsi que des facteurs de risque et de protection. Le chapitre 5 traite les implications en accordant une importance particulière aux mesures de prévention avant de résumer les conclusions.

⁵ Des résultats analogues sont notamment annoncés, entre autres, pour la Grande-Bretagne, la Nouvelle Zélande et l'Allemagne. Il y a lieu de noter toutefois que la question n'a été traitée scientifiquement que dans de rares pays (Bagley et Tremblay 2000:111-112; Cover 2005:78-80; Senatsverwaltung 1999:1-2).

1.) Comportements suicidaires et orientation sexuelle

Ce chapitre explique les notions centrales dans le domaine des comportements suicidaires et de l'orientation sexuelle. Il ne s'agit toutefois pas d'une définition profane de la signification du mot – pour cela, voir le glossaire –, mais de traiter les deux termes principaux dans un cadre approprié à l'état de la recherche. Le premier est expliqué du point de vue de la terminologie, des théories et des approches explicatives. Le second est mis pour l'homo- et la bisexualité au sens étroit (coming out) et au sens large (homophobie et hétérosexisme).

1.1) Comportements suicidaires

Il y a lieu de remarquer en premier lieu que le terme de comportements suicidaires recouvre un vaste spectre d'actes extrêmement variés associés à des intentions suicidaires plus ou moins fortes. On peut distinguer entre des formes passives (désir de repos et d'interruption de la vie), pensées suicidaires, et la tentative de suicide ou le suicide (Psychrembel Therapie 2008: article comportements suicidaires). A l'adolescence, de tels actes sont souvent non pas un désir explicite de mort, mais « seulement » un appel à l'aide. Ce faisant, la jeune personne s'efforce de communiquer ses sentiments individuels de doute, de désespoir ou de colère (Dick 2002:326). Cette tentative d'attirer l'attention sur soi est appelée para-suicide dans la littérature spécialisée. On distingue dans la notion entre tentative de suicide et suicide indirect (également suicide masqué). Le para-suicide est un « [...] comportement volontaire, inhabituel, sans issue fatale, qui sans l'intervention d'autres personnes, entraîne des blessures infligées à soi-même » (Dick 2002:326). Mais si ce comportement inclut la possibilité ou l'intention d'une issue fatale, il s'agit d'une tentative de suicide (Psychrembel 2008: article para-suicide). En revanche, le suicide indirect est un comportement à risque p. ex. au volant, une dépendance à une substance ou dans les pratiques sexuelles. Ceci inclut aussi les accidents, quoique la prise de risques ne puisse souvent plus être classée de manière univoque comme accident ou suicide indirect (Dick 2002:335).

Dans ce travail, le terme générique « comportements suicidaires » avec toutes ses caractéristiques, esquissées ci-dessus, tient le premier plan. Certains aspects du comportement suicidaire sont subdivisés ci-dessous lorsque cela était nécessaire.

Comme Dick (2002:326-327) le déclare, les enfants et les jeunes ne meurent aujourd'hui que très rarement de maladies; les autres causes de décès (accidents, drogues et criminalité) sont plus importantes. La mortalité des nourrissons et des enfants a diminué en Europe de l'ouest d'env. 50% entre 1970 et 1990. Chez les jeunes dans la classe d'âge 15 à 19 ans, la diminution est minime. Les accidents et les suicides sont pour les adolescents les principales causes de décès. Il y a toutefois lieu de supposer que certains des accidents sont des suicides indirects ou masqués; il existe donc une zone de flou d'une ampleur inconnue. Le suicide est, dans de nombreux pays du monde, la deuxième ou troisième cause de décès la plus fréquente chez les jeunes entre 15 et 24 ans (Evans et

al. 2004:957). Pour les Etats-Unis, Fitzpatrick et al. (2005:35), indiquent que le taux de suicide de la population a baissé de 1952 à 1996, alors que celui des jeunes a presque triplé. Il ne faut toutefois pas perdre de vue qu'il existe d'importantes différences entre les pays industrialisés occidentaux. Mentionnons également qu'en matière de prévalence des suicides accomplis et des tentatives de suicide, la disparité entre les sexes est grande (cf. chapitre 4.2.1.2).

Mais comment expliquer l'apparition de comportements suicidaires? L'Office fédéral de la santé publique (OFSP), dans le rapport « Le suicide et la prévention du suicide en Suisse » (2005:17-19) déclare ce qui suit pour l'explication des suicides et tentatives de suicide – d'une manière générale pour l'ensemble de la population –: les facteurs qui influencent le risque de comportements suicidaires sont complexes et interagissent entre eux. En majorité, les actes ayant pour but un suicide ou une blessure volontaire résultent d'une situation de crise et d'un enchaînement d'influences multiples. Les auteurs du rapport mentionnent à ce propos des facteurs démographiques, psychiques, biologiques, sociaux, individuels et environnementaux qui jouent un rôle. On peut considérer ces deux dernières variables comme les principales influences. Parmi les facteurs individuels, on peut mentionner les aspects biologiques (âge, sexe et déterminants génétiques) et biographiques. Les traits de personnalité ainsi que la vulnérabilité psychique d'un individu tiennent ici le premier plan. Des événements biographiques traumatisants peuvent contribuer à déstabiliser une personne et aboutir parfois à un acte suicidaire. Mais les principaux facteurs de risque sont les tentatives précédentes ou autres comportements risqués ainsi que les troubles psychiques (jusqu'à 90% dans les antécédents des personnes qui commettent un suicide). Si l'on considère seulement les tentatives de suicide, le lien avec un trouble psychique est moins clair. Pour ces dernières, les crises identitaires (un état d'âme momentanément insupportable) ainsi que les troubles physiques jouent un rôle plus important. Parmi les facteurs environnementaux, on peut citer l'effet Werther, un comportement d'imitation relayé par les comptes-rendus des médias et les films, ainsi que le nouveau phénomène des forums de suicide. Il faut aussi tenir compte des effets de l'opprobre qui frappe aujourd'hui les troubles psychiques et les crises. Souvent, de tels problèmes ne sont pas communiqués au personnel médical spécialisé, ce qui peut conduire à des diagnostics incorrects.

L'OFSP aborde aussi les facteurs de protection (ibid.:19). Ils forment toute une série d'influences positives, complétées par les facteurs individuels (compétences sociales, coping approprié, sensibilisation à la santé, recherche d'aide et autres caractéristiques personnelles), l'intégration sociale et le soutien par le réseau social ainsi que les perspectives personnelles et professionnelles qui ont un effet favorable. Parmi les influences protectrices précitées, le réseau social et la résilience sont les plus importants.

Le modèle global précité est également valable au moins en partie pour les adolescents. Il y a cependant encore quelques remarques complémentaires à faire en présentant de manière plus complète les facteurs de risque et de protection. L'OFSP (2005:18) lui-même mentionne pour les jeunes le rôle des difficultés liées au passage à l'âge adulte, à l'intégration dans la société ainsi

qu'aux défis sociaux et financiers. Ursula Wunderlich (2004:7) postule dans sa monographie que l'état de la recherche sur les conditions de risque – ils vont des théories sociologiques et psychologiques aux modèles biologiques (ibid.:14-46) – est généralement bien avancé. Mais les problématiques sont encore trop peu élucidées pour les adolescent-e-s. Ces dernières années, la science a révisé la thèse d'un lien étroit entre dépression⁶ et comportement suicidaire et voit aujourd'hui plutôt les causes principales dans les troubles psychiques, les mécanismes psychopathologiques ainsi que les conditions familiales.

Les circonstances développementales et psychosociales ainsi que les charges qu'elles entraînent – dans la phase de transition de l'enfant à l'adulte – tiennent le rôle principal dans les comportements suicidaires de jeunes personnes. Comme chez les adultes, l'auteure voit dans la résilience chez les adolescents un important facteur de protection. En revanche, la formation de l'identité et l'expérience de la confiance en soi peuvent poser des problèmes aux jeunes. L'ancienne image de soi est sollicitée pendant la puberté; le statut d'enfant disparaît suite à de nouvelles attentes de l'entourage, aux tentatives d'accéder à l'indépendance et à de nouveaux intérêts sexuels. Cette évolution va souvent de pair avec de multiples frustrations et une contrainte de conformité. De plus, les conditions physiques et hormonales, ainsi que l'équilibre émotionnel se modifient. Si aucun équilibre identitaire ne parvient à s'installer, cela peut déboucher sur un comportement d'automutilation. Wunderlich voit d'autres domaines problématiques dans l'école, la sexualité, les études ainsi que lors des processus de transition. En résumé, elle déclare qu'un grand nombre d'exigences sont imposées aux jeunes pendant la puberté, ce qui requiert une adaptation continue. Ces défis peuvent, lorsqu'ils se concentrent à un moment donné ou s'accumulent pendant des années, entraîner une souffrance. La situation s'aggrave encore si la relation avec les parents est détériorée, si la reconnaissance au sein du groupe de pairs n'est pas acquise et si, de plus, une baisse de résultats apparaît.

En résumé, on peut donc dire que des causes très diverses peuvent expliquer un comportement suicidaire et qu'il ne s'agit pas d'un processus monocausal. Il y a lieu de mentionner, d'une part, des facteurs de risque individuels, sociaux et biologiques et, d'autre part, des facteurs de protection comme le coping et le réseau social, qui peuvent entraîner ou empêcher un acte suicidaire. La partie principale (chapitre 4) part de ce savoir préalable et l'approfondit pour les personnes LGB. Avant de changer de chapitre, une explication de l'orientation sexuelle est proposée.

⁶ Cf. l'affirmation de Mathy selon laquelle la dépression est une cause primaire du suicide, mais cette causalité n'est pas expliquée clairement. La recherche dans les domaines de l'orientation sexuelle et des comportements suicidaires met davantage en évidence le facteur de la pression sociale entraînant des dépressions (Mathy 2002:215-216).

1.2) Orientation sexuelle: bi- et homosexualité

Le terme se définit au sens étroit et au sens large (Psychrembel Pflege 2008: article « Orientation, sexuelle »): d'une part limité au comportement en matière de choix de partenaire, d'autre part pour des intérêts sexuels particuliers. Le dernier est utilisé pour un comportement sexuel « déviant » tel que la zoophilie, la pédophilie, le fétichisme etc., et n'est pas pertinent pour le présent travail. Au sens étroit, il s'agit du comportement en matière de choix de partenaire, lequel se subdivise en bi-, hétéro- et homosexualité. L'intersexualité et la transsexualité ne sont pas des aspects de l'orientation sexuelle. Elles ne correspondent pas à une caractéristique déterminée (ibid.: article « intersexualité » ; ibid.: article « transsexualité »). L'orientation sexuelle est aujourd'hui le plus souvent pensée comme un modèle complexe, à plusieurs niveaux communicants, « [...] qui comprend [...] l'attrance sexuelle, le comportement sexuel, les fantasmes sexuels, les préférences émotionnelles et sociales, la définition de soi et le mode de vie homo- ou hétérosexuel » (d'après: Untersee et Kauer 2008:58, d'après: Klein et al. 1990). Ce nouveau modèle ne permet plus de classement univoque; les transitions sont flottantes. Rob Cover (2005) considère que la preuve est donnée que la jeunesse d'aujourd'hui le perçoit ainsi.

Comme l'indique Psychrembel Pflege (2008: article « Orientation, sexuelle »), on peut supposer qu'un enfant est fondamentalement bisexuel. La genèse de l'orientation sexuelle est encore très peu connue. Cependant, il est supposé que des conditions génétiques et hormonales fondamentales « [...] fixent l'orientation sexuelle dès la première enfance sous des influences marquantes et suite à des apprentissages ultérieurs et aboutissent majoritairement à une orientation hétérosexuelle » (ibid.). Au cours de la puberté, l'orientation sexuelle se fixe alors le plus souvent définitivement. Il n'existe que des estimations de la diffusion de l'orientation sexuelle. Suivant le type de définition de l'homosexualité (comportement, auto-identification et attrance sexuelle), on obtient diverses fréquences d'occurrence (Plöderl 2005:2-21), ce qui est notamment visible dans l'opérationnalisation (cf. chapitre 2), même si très peu de personnes se désignent elles-mêmes comme non-hétérosexuelles. En Allemagne, 1-2% et 2-4% des hommes ainsi que 2-3% et 1-2% des femmes se déclarent respectivement bisexuels et homosexuels (Psychrembel Pflege 2008: article « bisexualité » ; Psychrembel 2008: article « homosexualité »). Il y a lieu de noter qu'en règle générale, une femme sur quatre et un homme sur deux font des expériences sexuelles avec une personne du même sexe au cours de leur vie, le taux étant plus élevé dans l'adolescence qu'à l'âge adulte.

Les personnes bisexuelles et homosexuelles sont une minorité spécifique exposée à diverses charges qui ne concernent pas les hétérosexuels, comme le coming out et la gestion de l'identité ainsi que la discrimination et la violence subies à cause de leur orientation sexuelle (Plöderl 2005:20-21). Dès l'enfance et l'adolescence, des problèmes se posent aux LGB. Ils sont éduqués dans un monde hétéronormatif d'après les idéaux de celui-ci, ce qui aboutit à un conflit; de nombreux adolescents espèrent même que leur orientation sexuelle vers le même sexe soit seulement une phase et

s'efforcent de « guérir » (Untersee et Kauer 2008:58-59). En d'autres termes, de nombreux jeunes qui sont conscients de leur homo- ou bisexualité, ont tout d'abord des difficultés avec leur orientation sexuelle (ibid.: 61-63).

La société est orientée presque exclusivement sur un modèle hétéronormatif, de la famille au monde du travail en passant par l'école⁷. Les adolescents ne peuvent donc guère trouver de solutions de rechange au modèle hétérosexuel, ce qui peut aussi induire une sorte de sape de l'identité et davantage de problèmes personnels. Outre cet ordre normatif, le phénomène de l'homophobie et de l'hétérosexisme aggrave l'épreuve pour les LGB. La première est une attitude de rejet des homosexuels et bisexuels par les hétérosexuels et de contrôle social en contribuant à la conservation des rôles traditionnels (genre). Le deuxième est le terreau de l'homophobie, le postulat étant que l'hétérosexualité est supérieure et que toute personne doit être en principe hétérosexuelle. Les deux formes d'une attitude de rejet de l'homo- et de la bisexualité sont aujourd'hui toujours très répandues. Cela peut aboutir à de la discrimination et de la violence, avant tout à l'école et dans la famille.⁸ Les suites d'un tel abus sociétal sont facilement imaginables, sans oublier les éventuels problèmes psychiques et une image de soi négative, qui peut même dans certains cas aboutir à une homophobie intériorisée, c.-à-d. d'une intériorisation de l'attitude anti-homosexuelle.

Outre le passage de ces épreuves sociales, il est souvent indispensable au développement sain de l'image de soi, pour les jeunes LGB, de se déclarer à leur réseau social, c.-à-d. de faire un coming out public. Untersee et Kauer (2008:61) définissent ceci comme un processus de développement par lequel les homosexuels et bisexuels deviennent conscients de leurs préférences sexuelles et veulent intégrer cette connaissance dans leur vie personnelle et sociale. On distingue ici entre un coming out intérieur et extérieur, qui consiste à constater pour soi-même son orientation sexuelle et à la communiquer vers l'extérieur. Dans ce processus, une corrélation positive entre soutien social des amis, du/de la partenaire et de la famille ainsi qu'un développement réussi de l'identité sont attestés (Plöderl 2005:33-36). Si le processus de coming out n'est pas achevé, cela peut entraîner, du fait d'influences et de normes sociales, de grands problèmes et des troubles (Lebson 2002:111).

Le développement d'une identité sûre, positive, d'une saine confiance en soi et de l'aptitude à construire des relations intimes sont les principales réalisations à accomplir dans la jeunesse. Mais ce sont exactement celles qui, du fait des exigences sociales précitées, sont nettement plus difficiles pour les adolescent-e-s lesbiennes, gais et bisexuel-le-s. Or le nombre de ceux qui, parfois sans aide ni modèles, y réussissent, est étonnant (Cf. Untersee et Kauer 2008:62; Völkle 2006:46-47). Le prochain chapitre aborde les diverses approches de recherche et les problèmes méthodologiques.

⁷ Cf. Goodenow et al. (2006).

⁸ Complément d'informations sur les suites de l'hétérosexisme: cf. Fenaughty et Harré (2003:3-5).

2.) Méthode de recherche

Le présent chapitre met l'accent sur les questions de méthode: comment procèdent les chercheurs? Comment mesure-t-on l'homo- et la bisexualité ainsi que les comportements suicidaires? Dans l'optique des chapitres suivants, il est indispensable d'indiquer les problèmes spécifiques qui apparaissent lors d'un examen (comparatif) des études scientifiques sur la question.

Attirons d'abord l'attention sur le fait que la majeure partie des études adopte une approche quantitative, c.-à-d. que des données sont récoltées par divers modes de recrutement, puis examinées avec l'aide de la statistique. L'instrument d'enquête le plus utilisé est le questionnaire, par écrit, en ligne ou informatisé. Le plus grand nombre de réponses affirmatives des participants à la question intime sur une éventuelle expérience sexuelle précédente avec une personne de même sexe a été obtenu lorsqu'un questionnaire informatisé était lu aux participants via écouteurs (Bagley et Tremblay 2000:113, après: Turner et al. 1998)⁹. D'autres instruments de recrutement utilisés sont encore les sondages par téléphone et les interviews. Les auteurs de l'étude Santé Gaie (Häusermann et Wang 2003:3) appliquent une nouvelle combinaison pour la mesure de la santé psychique des jeunes gais: ils ont d'abord mené des discussions sur la santé dans des groupes-focus avec des participants du milieu homosexuel (qualitatives) et ont ensuite élaboré un questionnaire. Parmi les modèles de recherche, les analyses transversales sont les plus nombreuses. Les analyses longitudinales ne sont employées que rarement, p. ex. Wichstrøm et Hegna (2003) ou Qin et al. (2003).

Résumons à présent les problèmes qui se posent dans chaque domaine lors d'une comparaison des études:

1) opérationnalisation de l'orientation sexuelle: d'après Dennert (2006:365) on peut dire qu'il y a plusieurs approches et plusieurs manières de faire, ce qui aboutit à une hétérogénéité des conceptions et des méthodes. Il faut toujours considérer quel groupe est étudié et qui est exclu. Suivant l'étude, ce sont par exemple ceux qui ne sont pas encore sûrs de leur orientation sexuelle (Questioning) qui sont exclus ou intégrés dans le groupe des LGB, comme c'est le cas par exemple dans quelques « études universitaires » (Cf. Bagley et Tremblay 2000:113). Comme il a déjà été indiqué plus haut, l'homosexualité et l'hétérosexualité se mesurent au moyen de plusieurs dimensions. Or souvent, le seul critère est celui de l'auto-identification ou des expériences sexuelles précédentes avec une personne de même sexe (p. ex. les hommes ayant une activité sexuelle avec des hommes, HSH), à l'exception de l'étude de Wichstrøm et Hegna (2003). Plöderl et al. (2006:545-546) mettent en évidence les problèmes que posent un tel recensement unidimensionnel. Ce sont

⁹ 1.5% des hommes (15-19 ans) qui ont rempli par écrit un questionnaire ont déclaré qu'ils avaient déjà eu des expériences sexuelles avec une personne de même sexe, alors que le questionnaire par ordinateur donne un taux de 5.5%.

justement les homosexuels et bisexuels femmes et hommes sexuellement abstinentes qui présentent un risque accru de troubles psychiques, mais qui ne sont pas pris en compte dans la mesure de l'activité sexuelle. L'auto-identification est également problématique puisque très peu de gens se définissent eux-mêmes comme « déviants par rapport à la norme » dans un monde hétérosexuel (Fenaughty et Harré 2003:2), que les chiffres varient beaucoup suivant le degré d'anonymat de l'instrument de recensement (cf. ci-dessus) et que l'orientation sexuelle ne devient manifeste qu'au cours de l'adolescence (Russell et Joyner 2001:1280). Si l'on prend en compte plusieurs critères ou la dimension de l'expérience, les chiffres augmentent parfois considérablement. C'est également l'avis de Savin-Williams (2001:986), qui indique que de nombreux jeunes qui ne se définissent pas comme LGBT éprouvent des désirs, des sentiments romantiques et des attirances pour des personnes de même sexe. Souvent aussi, les études travaillent sur une simple dichotomie entre homosexuels/bisexuels ou hétérosexuels, ce qui s'explique souvent par la taille réduite des échantillons de population. Pourtant, c'est précisément chez les bisexuels que l'on a trouvé dans quelques études les valeurs les plus élevées pour les troubles psychiques et les comportements suicidaires (Plöderl et al. 2006:546). En conclusion, l'opérationnalisation de l'orientation sexuelle est à traiter avec prudence (Savin-Williams 2001:983) et il est toujours nécessaire de considérer les définitions avant chaque comparaison.

2) Comme l'opérationnalisation de l'homosexualité et de la bisexualité, celle des comportements suicidaires n'est pas non plus uniforme. Il faut examiner quel aspect des comportements suicidaires est pris en compte: par exemple, une assimilation directe des pensées suicidaires et des tentatives de suicide n'est pas autorisée. Outre le type de comportement suicidaire, il faut prendre en compte le moment où il se produit. Les prévalences dominantes sont la prévalence à vie et la prévalence sur un an. La plupart des chercheurs mesurent les comportements suicidaires rétrospectivement au moyen des instruments de recensement usuels (questionnaire ou interviews). Il n'y a encore pratiquement pas eu d'études post-mortem jusqu'ici, à l'exception d'une étude danoise, mais qui n'aborde l'orientation sexuelle que de façon marginale (Qin et al. 2003). Dans tous les cas, de telles études qui ont lieu après la mort des cas étudiés, rencontrent de grands problèmes: parfois, une éventuelle homosexualité ou bisexualité n'est pas reconnue ou pas avouée (Lebson 2002:110), et le relevé de police n'a lieu qu'en cas d'univocité du suicide ou para-suicide (Hofsäss 1999:82). Le principal problème est que les comportements suicidaires ne sont souvent mesurés que par une question limitée qui est vague et sans spécificité (Savin-Williams 2001:983). Savin-Williams doutait de la validité des comportements suicidaires indiqués et a élaboré un modèle qui peut exclure les tentatives de suicide lorsqu'une question de contrôle montre qu'une tentative de suicide a seulement été pensée mais pas exécutée (faux-positifs). En définitive, il a développé un instrument qui permet de mesurer le degré de sérieux des tentatives de suicide (Plöderl 2006:546-547). Savin-Williams (2001:986) considère que la méthode de recensement idéale pour l'estimation d'une tentative de suicide serait une série de questions spécifiques aux adolescents avec une confirmation par une personne adulte.

3) Echantillon et participants: presque tous les chercheurs sont unanimes à dire que le principal problème est l'échantillonnage. Ainsi même dans les grandes enquêtes, le corpus est souvent de moins de 100 LGB, quoique pour ces cas, une grande quantité de variables soient souvent mesurée (Plöderl et al. 2006:546). Outre le très faible nombre de cas, il y a aussi des différences au sein des populations sélectionnées. Souvent, on ne se sert pas d'échantillons de population généralisables, mais de populations particulières (milieu, visiteurs d'antennes de conseil). Le travail avec de telles populations n'est en aucune manière inadéquat, mais il doit éventuellement admettre certains biais du fait du manque de représentativité. Il en va de même pour les études en milieu scolaire, très répandues aux Etats-Unis. Il y a lieu de supposer que dans les High Schools, dans les enquêtes, les groupes à haut risque manquent, à savoir les élèves qui manquent l'école par peur ou ceux qui vivent dans la rue et parfois se prostituent (Bagley et Tremblay 2000:113-114). Dans les écoles, il y a également lieu de supposer une sous-représentation de la population homosexuelle et bisexuelle en raison des faits susmentionnés (points 1 et 2). Mais il y a aussi quelques critères à prendre en compte pour les groupes spéciaux qui sont souvent formés uniquement de jeunes homosexuels et bisexuels. Ici aussi, il y a lieu de tabler sur une sous-estimation et sur un défaut de représentativité. Suivant le lieu de recrutement, on peut s'attendre à certaines surreprésentations. Il est clair que les groupes à haut risque, les sans domicile fixe ou les LGB ayant intériorisé l'homophobie ne seront que très rarement pris en compte. Le caractère facultatif des questionnaires peut entraîner certains biais, il se peut même très bien que les personnes présentant le plus haut risque ne souhaitent pas participer à une enquête. Mais il faut aussi examiner les réponses données d'un œil critique, comme le fait Savin-Williams (2001) pour la gravité des tentatives de suicide. Par ailleurs, il se peut qu'il existe une certaine « incitation de minorité » qui pousse à embellir les résultats afin de donner une meilleure image (Cochand et Singy 2001:32).

Ces réflexions ainsi que d'autres considérations analogues doivent faire partie de chaque examen d'une étude ou de chaque comparaison. Il s'agit toujours de reconnaître les forces et les faiblesses d'un type d'enquête et d'en être conscients. Après ces commentaires méthodologiques, le prochain chapitre peut présenter les résultats.

3.) Résultats

Ce chapitre expose les derniers résultats de la question pour la Suisse et l'étranger. Une première partie présente les taux de suicide actuels en Suisse, sans prise en compte de l'orientation sexuelle, et une brève interprétation de ces données. Suit l'appréciation des résultats qui précède la discussion approfondie dans le chapitre suivant.

3.1) Suicide en Suisse

Les chiffres du rapport de l'Office fédéral de la santé publique (2005:8-15) sont toujours valables. Environ 1-2% de tous les décès en Suisse sont des suicides. On estime qu'environ 10% de tous les habitants font une ou plusieurs tentatives au cours de leur vie et qu'une personne sur deux déclare rétrospectivement avoir eu des pensées suicidaires. Les estimations conservatives tablent sur env. 15'000-25'000 tentatives de suicide par an, sans compter les suicides indirects. En moyenne, env. 1'300 à 1'400 personnes par an décèdent volontairement, 400 d'entre eux étant des femmes et 1'000 des hommes.

Les derniers indices de l'Office fédéral de la statistique (OFS) de 2006 confirment les déclarations ci-dessus. En 2006, selon les chiffres officiels, 1308 personnes sont décédées en Suisse par suicide, dont 863 hommes et 445 femmes (OFS 2008: je-f-14.02.05.01 et je-f-14.02.05.02). Ceci correspond à un taux standardisé de mortalité de 20.9 sur 100'000 pour les hommes et de 9.4 pour les femmes. 2'251 habitants sont morts par accident (1'264 hommes et 987 femmes), certains de ces décès pouvant être des suicides indirects. Lorsque l'on trie les données par âge et par sexe (ibid.), il apparaît que pour les femmes et les hommes entre 15 et 44 ans, le suicide est la cause de décès numéro deux, avec respectivement 7.1 et 18.3 personnes sur 100'000. Dans la classe d'âge de 1 à 14 ans, il n'y a que des cas isolés de suicide et chez les plus de 45 ans, d'autres cause de décès sont beaucoup plus importantes, quoique le nombre de cas augmente encore légèrement le plus souvent jusqu'à 84 ans et ne baisse qu'ensuite. Pour les adolescents (15 à 24 ans), l'Organisation mondiale de la santé OMS (2008) annonce pour 2004 9.8 personnes qui commettent un suicide sur 100'000 personnes (14.5 hommes et 4.9 femmes) en Suisse. Quant au modèle d'explication de la différence entre les sexes, il est présenté au chapitre 4.2.1.2. En comparaison internationale, la Suisse se trouve nettement au-dessus de la moyenne des pays en matière de taux de suicide. Il est renvoyé aux sources citées dans cette section pour les descriptions exhaustives ou historiques, les comparaisons nationales et internationales et autres informations.

3.2) Résultats: comportements suicidaires et orientation sexuelle

La présente section met en évidence les résultats indiquant un rapport (probable) entre orientation sexuelle et comportements suicidaires. Dans la mesure du possible, on a pris en compte également des groupes témoin hétérosexuels. Au vu des différentes études, des multiples modèles de recherche et des autres différences, il faut, comme l'explique le chapitre 2, traiter les chiffres avec prudence. Il n'est par exemple encore possible de déduire aucune explication monocausale au moyen de ces chiffres, c'est-à-dire que ces résultats à eux seuls ne disent pas du tout que l'homosexualité ou la bisexualité sont responsables d'un accroissement des comportements suicidaires. Il se pourrait aussi qu'intervienne une variable externe qui en est responsable.

Dans le cadre de ce travail, il n'a pas été possible de procéder à une méta-analyse des études précédentes ni dans le temps imparti ni sans les données correspondantes. Pour l'Europe, il existe déjà deux méta-analyses sur le sujet auxquelles nous renvoyons (Plöderl et al. 2006; Dennert 2006). Le présent rapport reprend la présentation de la première de ces études (Plöderl et al. 2006), en ajoutant à leurs conclusions sous forme tabellaire les résultats supplémentaires de la recherche en Suisse et à l'étranger. Vu le peu de temps imparti, qui était limité à la durée du service civil de l'auteur, il n'a pas été possible d'intégrer tous les travaux précédents sur la question. Une certaine subjectivité ou un certain arbitraire en matière de sélection de la bibliographie n'est donc pas complètement exclu. L'accent a été mis sur une représentation complète des résultats suisses¹⁰ présentant une image représentative des articles scientifiques et monographies datant d'après 2002 ainsi que sur les études avec des participants adolescents. Les locaux de PINK CROSS abritent une bibliographie complète et les résultats de plusieurs recherches dans des banques de données sous forme de sources textuelles (ou numériques). Pour les explications ci-dessous, il est fait référence aux tableaux 2-4 dans l'annexe, qui présentent les résultats.

3.2.1) Commentaire de l'annexe tabellaire

Il s'agit (cf. annexes 2-4) de trois représentation tabellaires. La première, « Détails des études », présente toutes les études utilisées dans les autres tableaux selon certains points de vue. La liste sert à apprécier d'un œil critique les chiffres de ces présentations. La deuxième colonne donne un complément d'informations sur les études : le nombre de participants (n), la répartition en classes d'âge, le sexe biologique ainsi que le lieu et la date de la récolte des données. A propos du sexe, il y a lieu de mentionner que 11 études concernent exclusivement les hommes, et qu'il n'y a aucune étude portant exclusivement sur les femmes. Les lieux de récolte font apparaître une surreprésentation, mais qui reflète l'attention donnée à la question : les travaux nord-américains et

¹⁰ La recherche par banque de données ainsi que le principe de la boule de neige ont été complétés par des entretiens avec des spécialistes et avec des institutions actives dans la prévention du suicide ou dans la défense des intérêts des personnes homo- et bisexuelles. Les contacts ont eu lieu dans la plupart des cas par courriel et sont archivés chez PINK CROSS.

non-européens représentent plus de la moitié des études prises en compte. La dernière colonne indique le nombre de personnes non-hétérosexuelles interrogées et la définition de celles-ci. Les cas où il n'y a aucun groupe témoin hétérosexuel sont signalés par la mention d'une présélection des participants, c.-à-d. que l'on a recherché spécifiquement des LGB. Reste à expliquer l'instrument de recrutement, pour lequel on a utilisé ici plus souvent des questionnaires que des interviews. L'appréciation de ce récapitulatif (annexe 2) permet de considérer les deux autres statistiques sur les comportements suicidaires. Leur structure est identique, mais elles prennent en compte des aspects différents du comportement suicidaire. La première (annexe 3) recense les pensées suicidaires et la dernière (annexe 4) les tentatives. Les huit colonnes donnent le lieu d'origine des indications (étude), la population étudiée et la période et dans les champs suivants, les indices pour chaque sexe. Les résultats sont séparés par sexe comme suit. La première colonne (colonne 3 ou 6) met en évidence la prévalence de LGB (groupe étudié) qui ont déjà eu des pensées suicidaires ou entrepris une tentative de suicide. Ici, le nombre de cas, la population totale et le pourcentage des cas sont indiqués. Le même calcul vaut aussi pour les colonnes 4 et 7, sauf qu'il s'agit de personnes hétérosexuelles (groupe témoin). Lorsque les études en tiennent compte, l'odds-ratio (OR, rapport des chances) a aussi été indiqué avec un intervalle de confiance à 95% dans les colonnes 5 et 8. Les chiffres sont simples à interpréter. On peut dire par exemple que les hommes homosexuels et bisexuels, selon Eisenberg et Resnick (2006), ont un risque 1.14 à 1.86 fois plus élevé d'avoir des pensées suicidaires que les hommes du groupe témoin.

Autant que possible, on s'est efforcé de remplir toutes les lignes. Mais souvent certaines valeurs n'ont pas été recensées ou les sexes n'ont pas été considérés séparément. Avant d'aborder les détails des résultats, il y a lieu de mettre en garde contre une fausse interprétation. Au vu des divers modèles de recherche et de leurs conséquences, il n'est pas possible de calculer une valeur moyenne ou analogue. Cela n'est statistiquement possible que lorsqu'une méta-analyse des données recensées a eu lieu, comme c'est le cas chez Plöderl et al. (2006). On ne peut donc faire apparaître aucun indice. En revanche il peut très bien être judicieux d'indiquer une marge de variation, sans oublier de prendre en compte de la même manière les points indiqués au chapitre 2.

3.2.2) Résultats des études nationales et internationales

Les résultats révèlent que tant les pensées suicidaires que les tentatives de suicide chez les personnes définies comme lesbiennes, gais ou bisexuels sont presque sans exception beaucoup plus fréquentes que chez les groupes témoins hétérosexuels. Les différences escomptées en matière de sexe et d'aspect des comportements suicidaires sont donc confirmées. Cela signifie que la prévalence des pensées suicidaires est accrue par rapport à ceux qui ont tenté de se suicider, ce qui est valable pour les deux sexes. On peut en tirer la même conclusion pour les sexes: les valeurs des deux comportements suicidaires sont la plupart du temps plus élevées pour les femmes homo-, bi- et hétérosexuelles que pour les hommes. Ces résultats se confirment aussi lorsque l'on exclut les études portant sur de petits échantillons de population. Une analyse des données détaillée fait rapidement ressortir l'étude de Mathy (2002). Il voulait établir au moyen de questionnaires Internet le

rapport entre le comportement suicidaire et l'orientation sexuelle dans le monde entier, mais il a dû exclure l'Afrique faute d'un nombre de cas suffisant. Il est parti de différences continentales, culturelles et sociétales dans l'attitude vis-à-vis de la sexualité, l'Europe individualiste et associant une image positive à la vie sexuelle, et l'Asie collectiviste et la connotant négativement, ainsi que de l'orientation sexuelle. Le travail de Mathys contredit sur certains points les résultats précédents et réunit ici: pour la variable pensées suicidaires, il n'a pas trouvé pour l'Australie ni pour l'Europe de différence du point de vue de l'orientation sexuelle. Pour les sexes, un rapport significatif avec l'homosexualité ou la bisexualité n'a été établi que pour les hommes d'Amérique du Nord et du Sud ou pour les femmes d'Amérique du Sud. Il en va de même de la variable « tentatives de suicide », pour laquelle un rapport significatif a été trouvé pour tous les continents, à l'exception de l'Europe. Cela signifie qu'en Europe il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les tentatives de suicide avec ou sans prise en compte de l'orientation sexuelle. Or un risque accru pour les LGB est attesté pour l'Amérique du Nord et du Sud. Mathy (2002:223-224) a donc pu montrer dans son enquête qu'il fallait prendre en compte le sexe et les différences culturelles. Rappelons encore ici que le travail de Mathy (2002) présentait certains défauts : plus de ¾ des participants (près de 41'000) sont d'Amérique du Nord et c'est donc le seul continent qui contient suffisamment de LGB pour faire des affirmations statistiquement irréfutables.

Considérons ensuite l'aspect de la similarité culturelle. Seuls les résultats pour la Suisse et l'Europe sont interprétés en détail. Ceux de l'Amérique du Nord et de Nouvelle Zélande ne sont pas développés, il est fait référence aux tableaux des annexes. Mais le prochain chapitre reprendra toutes les études pour une explication des résultats lorsque cela se justifie. Pour la Suisse et la zone de langue allemande, il existe des témoignages de Biechele (2004), de Cochand et Singy (2001), de Faistauer et Plöderl (2006), de Häusermann et Wang (2003), de Plöderl (2005), de la Senatsverwaltung (1999) et de Wang et al. dont il faut tenir compte. Il y a lieu de mentionner que seul Plöderl (2005) a intégré un groupe témoin dans l'étude. Les autres auteurs mentionnent seulement la prévalence du comportement suicidaire chez les LGB, sauf l'étude de Wang et al. En cela, on a recours à une séquence de données de plus pour le calcul des OR. Mais dans les deux cas, les prévalences sont nettement accrues chez les femmes et hommes homosexuels et bisexuels. Pour la Suisse, on peut déclarer ce qui suit: le travail de Cochand et Singy (2001:35-37) conclut que seuls 68.3% des adolescents gais ou bisexuels en Suisse romande n'ont encore pas eu de pensées suicidaires au cours des 6 derniers mois et que 24.4% ont tenté au moins une fois de se suicider. Le programme de santé homosexuel et bisexuel de Genève (Santé Gaie) atteste des chiffres comparables dans une étude (Häusermann et Wang 2003:14-15) pour les hommes gais et bisexuels. En effet, 22% des personnes interrogées ont eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, alors que 19% ont fait une tentative une fois dans leur vie. Vu la différence de structure des âges dans cette publication – les jeunes ne représentent que 17% – les auteurs concluent que les adultes sont également exposés à un risque accru. Dans un travail encore inédit (Wang et al.), basé sur les données de l'étude Santé Gaie, les chiffres de cette dernière sont encore précisés. Ils montrent que les comportements suicidaires touchent plus fortement les jeunes (de moins de 25 ans).

Pour une étude comparative de risque, on a repris les séquences de données de l'étude SMASH (2002). Cette étude ne prenait en compte que des hommes de 16 à 20 ans, dont une proportion marginale de 65 homosexuels et bisexuels. Ce groupe est exposé à un risque de comportement suicidaire beaucoup plus élevé : ils avaient eu au cours des 12 derniers mois plus de pensées suicidaires (OR 2.26), de plans de suicide (OR 2.18) et de tentatives (OR 2.09 et 5.36 dans toute leur vie) que les hétérosexuels du groupe témoin. Tous les rapports précédents pour la Suisse font donc état d'un risque accru indubitable de comportement suicidaire chez les hommes homosexuels et bisexuels. Malheureusement, aucun chiffre n'a encore été recensé jusqu'ici pour les femmes en Suisse. Il faudrait encore ajouter les résultats d'une étude clinique de Hepp et al. (2002:285-286). Elle montre, malgré le faible nombre de cas (n=33), que les personnes transsexuelles sont exposées à un risque de suicide accru, tant pour la transition d'homme à femme que de femme à homme. 12 des 25 participants ont déclaré avoir commis au moins une tentative de suicide. Ces résultats permettent d'identifier les personnes transsexuelles comme un possible groupe à risque. D'après ces résultats pour la Suisse on peut à présent, avec l'hypothèse de la similarité culturelle, présenter ci-après les données pour l'Europe et notamment pour la zone de langue allemande.

Les études d'Allemagne et d'Autriche présentent des résultats analogues à ceux des travaux suisses, notamment pour les hommes homosexuels et bisexuels. Seule l'étude sur mandat de la Senatsverwaltung de Berlin (1999:66-71) donne des valeurs identiques pour les prévalences des tentatives de suicide des LGB pour chaque sexe, elles se situent à 18%. Environ 60% des participants ont déjà eu des pensées suicidaires une fois dans leur vie, les filles plus souvent que les garçons (64% contre 56%). La thèse de Biechele (2004:110-111) sur le développement de l'identité des jeunes gais – surtout allemands – n'aborde que très brièvement, en une question, les comportements suicidaires. Il conclut que seuls 27.2% des participants n'ont encore jamais pensé au suicide. Biechele distingue dans la vie du groupe étudié entre les pensées suicidaires sérieuses (19.2%) et non sérieuses (44.9%). Près d'un jeune sur dix (8.7%) a déjà tenté de se suicider au moins une fois dans sa vie. En Autriche, c'est surtout Martin Plöderl qui étudie la question d'une influence de l'orientation sexuelle sur le comportement suicidaire (Faistauer et Plöderl 2006; Plöderl 2005; Plöderl et al. 2006). Avec Gregor Faistauer, Plöderl (2006) a mené une étude en milieu scolaire parmi les hommes adolescents et adultes homosexuels et bisexuels. Près de 17% des participants de l'étude ont déclaré avoir déjà attenté à leurs jours une fois dans leur vie. Pour les jeunes (18-26-ans), la prévalence est accrue par rapport aux adultes (27-45-ans) : (19% contre 15%) (ibid.:35-39). Par rapport à une enquête en Allemagne (Weissman et al. 1999), le risque d'effectuer une tentative de suicide est six fois moindre pour les hétérosexuels (2.76% contre 17%) (ibid.:8).

L'étude la plus approfondie est celle de Martin Plöderl de 2005. C'est, actuellement, la monographie en allemand la plus complète sur la question. L'auteur traite la notion de comportements suicidaires sous toutes ses facettes et recense des données pour les femmes et les hommes de toutes les orientations sexuelles. Comme il n'a étonnamment trouvé aucune différence significative entre femmes et hommes, il les a réunis dans ses conclusions. Le corpus comporte 358 LGB et un groupe

témoin de 267 femmes et hommes hétérosexuels. Dans toutes les dimensions des comportements suicidaires – la vie ne vaut pas la peine d’être vécue - désir d’être mort - pensées suicidaires sans intention - pensées suicidaires sérieuses - tentatives de suicide interrompues et tentatives de suicide – les personnes homosexuelles et bisexuelles des deux sexes révèlent un risque accru par rapport aux hétérosexuels (Plöderl 2005:130-147). Ce résultat vaut tant pour la prévalence à 12 mois que pour la prévalence à vie. Il y a lieu d’observer que la différence entre LGB et hétérosexuels s’accroît en fonction de la gravité des comportements suicidaires. En effet, dans la prévalence à vie des LGB pour les « pensées suicidaires sérieuses » on constate un OR de 3.6 (50% contre 22%) par rapport au groupe témoin et pour les « tentatives de suicide » un OR de 14.6 (14% contre 1%). En matière de prévalence sur un an, les « pensées suicidaires sérieuses » représentent 18% pour les homosexuels et bisexuels et 7% pour les hétérosexuels, ce qui correspond à un OR de 3.7. L’hypothèse souvent avancée selon laquelle les personnes bisexuelles seraient plus en danger s’est confirmée au moins pour les variables « pensées suicidaires sérieuses », « tentatives de suicide avortées » et « mise en danger de tentative de suicide actuelle ». En général, la thèse de Plöderl répond de manière univoque par l’affirmative à la question de savoir si le taux de tentative de suicide est accru chez les homosexuels et bisexuels par rapport aux hétérosexuels femmes et hommes. Un résultat étonnant, qui ne figure pas dans le tableau annexé, concerne le Danemark. Qin et al. (2003:767) constatent dans une étude post-mortem effectuée sur quatre registres diachroniques nationaux, que les gens qui vivent en partenariat enregistré présentent un risque de suicide 3.63 à 4.34 fois supérieur par rapport aux couples hétérosexuels mariés. Comme Plöderl et al. (2006:547) le déclarent, ceci est étonnant puisque le Danemark est l’un des pays les plus libéraux en matière de traitement des homosexuels et des bisexuels. Ces résultats font augurer de valeurs supérieures pour les personnes qui ne vivent pas en partenariat enregistré ainsi que pour celles qui vivent dans des pays moins tolérants.

Les résultats ci-dessus comme ceux qui ne figurent « que » dans les tableaux annexés confirment pour l’Amérique du Nord, l’Europe et la Suisse un risque accru de comportements suicidaires (pensées suicidaires et tentatives de suicide) pour les LGB par rapport aux hétérosexuels femmes et hommes. De plus, on constate des prévalences accrues pour les femmes, les bisexuels et les transsexuels, comme on le verra plus loin. Le prochain chapitre apporte des explications possibles de ces risques et différences accrues et met l’accent sur les facteurs de risque et de protection.

4.) Discussion

Le présent chapitre a pour but d'expliquer les conclusions du chapitre 3, et partant, de répondre à la question posée. Comme il a été précisé en introduction, les facteurs de risque et de protection sont présentés exhaustivement. Les modèles d'explication sont suivis d'une étude des facteurs qui en découlent et précèdent un bilan de l'ensemble du chapitre.

4.1) Modèles

Les modèles de Morrison et L'Heureux (2001) et Fenaughty et Harré (2003) servent ci-après de point de départ. Les premiers ont élaboré un modèle de calcul du suicide pour les jeunes homosexuels et bisexuels qui repose sur un cadre socioculturel. Se fondant sur le modèle de développement humain de Bronfenbrenner (1997), les auteurs (Morrison et L'Heureux 2001:41) partent de trois niveaux socioculturels: les facteurs de risque individuels « Individual Risk Factors » (variables démographique et situationnelles), les facteurs de risque du microsystème « Microsystem Risk Factors » (l'entourage immédiat du sujet) et ceux du macrosystème « Macrosystem Risk Factors » (les conditions sociales de fonctionnement de l'entourage). Ce schéma est destiné aux médecins et leur donne la possibilité d'estimer le risque de suicide d'une personne homosexuelle ou bisexuelle ou d'intervenir en conséquence. Chaque niveau a ses propres facteurs de risque:

Individual Risk Factors (ibid.:41-42): ils doivent aussi tenir compte des points qui entraînent un risque accru chez tous les jeunes. Mais il y a aussi des risques individuels qui ne concernent que les homosexuels et les bisexuels, par exemple les défis qui résultent du coming out (un coming out précoce est risqué, de même qu'une vie entière dans la clandestinité), du sexe (le coming out a lieu plus tôt chez les hommes) ou d'une éventuelle appartenance à une double minorité (par exemple homosexuel et de couleur).

Microsystem Risk Factors (ibid.:42-44): le microsystème est l'entourage qui interagit avec l'individu, y compris les enseignants, les parents, les amis etc. Les sujets abordés à l'école jouent un rôle important. Un manque d'informations sur l'homosexualité et la bisexualité dans les établissements de formation peut renforcer la tendance aux comportements suicidaires. La même chose peut se produire pour le comportement atypique du genre. Le rôle de l'homophobie et/ou de l'hétérosexisme ainsi que leurs étroites définitions des rôles et l'inaptitude à s'y adapter peuvent avoir de graves conséquences. Un facteur de protection influent pourrait être l'accès à des organisations homo- et bisexuelles affirmatives, comme les groupes de jeunes lesbigais. Sans ces organisations, le risque de suicide peut être accentué.

Macrosystem Risk Factors (ibid.:44-45): ce terme recouvre les institutions qui influencent le microsystème, mais n'interagissent pas obligatoirement avec l'individu. Les médias grand public peuvent influencer les comportements suicidaires tant par un défaut de prise en compte des LGB que

par des comptes-rendus négatifs. Une politique anti-discrimination dans les écoles et l'environnement social ont un effet protecteur prononcé. A l'opposé, une attitude culturelle conservatrice peut provoquer le rejet du coming out d'une personne.

Ce modèle donne déjà un bon aperçu de l'éventail des diverses influences qui peuvent s'exercer sur les comportements suicidaires d'un jeune ou d'un adulte. La répartition en trois sphères est adéquate et contribue à une considération multidimensionnelle de la problématique. Mais comme le font remarquer les auteurs, le modèle n'a pas encore été testé dans la pratique, autrement dit, il n'y a pas encore eu de test empirique.

Fenaughty et Harré (2003) ont élaboré un modèle sur la base d'interviews qualitatives¹¹, qui tient compte tant des facteurs de risque que de protection. Toutefois, leurs travaux portent sur une population uniquement masculine. Ils sont centrés sur un continuum de résultats axé sur le comportement, qui suit le modèle de la balance (Seesaw) (ibid:16-18). La prise de conscience de l'homosexualité ou de la bisexualité propre en est l'axe, et les points d'angle (plateaux de la balance) sont le suicide et la résilience au suicide. Entre les deux extrémités, il existe un équilibre en constante oscillation: suivant la masse des facteurs de risque ou de protection, la balance penche de l'un ou l'autre côté ou reste immobile à l'horizontale. Par conséquent, les individus ne sont pas de simples récepteurs passifs des facteurs de protection ou de risque, mais des acteurs de ce processus; ils agissent dans des situations différentes et créent en permanence de nouvelles conditions. Le modèle contient différents facteurs qui s'influencent réciproquement à de multiples niveaux. En premier lieu, les normes et conditions sociales « Social Norms and Conditions » (hétérosexisme ou isolement social par rapport au degré d'acceptation sociale, représentation positive des homosexuels et des bisexuels et soutien social); deuxièmement, différences individuelles « Individual Differences » (bullying, peur du VIH, dépressions, épisodes dépressifs, homophobie intériorisée et solitude /rejet ou soutien de l'environnement, disponibilité de modèles); troisièmement les diverses méthodes de coping (abus de drogues, isolement social volontaire (Social Withdrawal), identification avec un modèle et recherche de soutien). Bien que le modèle repose sur des interviews qualitatives avec huit hommes, il offre une nouvelle perspective par rapport au modèle de Morrison et L'Heureux (2001), qui prend en compte également les influences des facteurs de risque et de protection.

Ce qui est un peu trop négligé dans les deux études est la constitution mentale et physique d'une personne. Dans une méta-analyse de facteurs qui sont chez les jeunes en rapport avec la tendance suicidaire, Evans et al. (2004:958-959) mentionnent le schéma de répartition suivant: 1) santé mentale et physique, 2) autres caractéristiques et expériences individuelles, 3) circonstances familiales et 4) conditions sociales. Ce modèle fait donc une plus large place à l'état de santé, ce qui est pris en compte dans la discussion ci-dessous.

¹¹ L'annexe 5 contient une présentation graphique du « modèle Seesaw ».

4.2) Facteurs de risque

Il y a lieu d'utiliser deux catégories pour l'étude détaillée ci-dessous des facteurs de risque de comportements suicidaires. On commence par traiter le niveau individuel (4.2.1), qui contient la procédure de solution de problèmes et la santé. La deuxième dimension (micro et macrosystème; 4.2.2) est suivie par Morrison et L'Heureux (2001) et caractérise donc l'environnement et les normes ou conditions sociales. Dans ces deux thématiques, les facteurs de risque sont parfois inséparables des facteurs de protection. Néanmoins, après le traitement des facteurs de risque, il faudra encore aborder spécifiquement les causes de protection (4.3).

4.2.1) Caractéristiques individuelles et santé mentale

4.2.1.1) Bien-être physique et psychique

Ursula Wunderlich (2004:47-67) indique quatre catégories de facteurs de risque dans le développement de comportements suicidaires auxquels il faut veiller chez les jeunes. Trois d'entre elles traitent immédiatement la santé mentale et physique. Il s'agit des troubles et des caractéristiques psychiques et de la personnalité ainsi que des risques biologico-médicaux. Wunderlich (ibid.:47-53) classe les dépendances, les dépressions et les épisodes dépressifs dans la première. D'autres diagnostics tels que les troubles bipolaires, les troubles alimentaires, les troubles anxieux et la schizophrénie semblent également avoir une influence. On peut supposer que chez les jeunes, un nombre accru de troubles va de pair avec davantage de tentatives de suicide (ibid.:53, d'après: Lewinsohn et al. 1995). La deuxième catégorie (Wunderlich 2004:54-57), celle des troubles et caractéristiques de la personnalité compte les troubles borderline, le comportement antisocial ainsi qu'une personnalité narcissique parmi les facteurs de risque. Le désespoir et la vulnérabilité émotionnelle en font également partie. Dans le dernier domaine, (ibid.:58-67) l'effet des influences biologiques qui est le plus souvent nié. Mais on a pu montrer que certains facteurs génétiques pouvaient jouer un rôle. Les maladies physiologiques ne sont pas encore très importantes chez les jeunes, mais elles peuvent devenir un facteur de risque en raison des conséquences qu'elles entraînent. Dans son étude, Wunderlich (2004:86) conclut que la co- et la multimorbidité de troubles psychiques¹² et de troubles anxieux présentent les effets les plus importants pour une augmentation des tentatives de suicide, dans un échantillon non spécifiquement homosexuel et bisexuel (cf. Evans et al. 2004:959-963).¹³ Les souffrances physiques et psychiques semblent avoir une influence considérable sur les comportements suicidaires de jeunes. Comment se présentent les choses si l'on centre l'attention sur les homosexuels et les bisexuels?

Gabriele Dennert (2006) a effectué une méta-analyse sur la santé psychique des lesbiennes et des gais en Europe. Même si elle n'a pas étudié le rapport entre bien-être mental et des comportements

¹² Dans son analyse, Wunderlich (2004:82) a constaté que 90.6% de tous les auteurs d'une tentative de suicide présentaient au moins un diagnostic DMS-IV. La majorité (79.2%) souffrait de pathologies co- ou multimorbides.

¹³ Elle indique également des événements traumatiques avant la 12^e année, le divorce des parents, l'anxiété, la morbidité et de graves maladies somatiques (Wunderlich 2004:86).

suicidaires, ses résultats sont d'une certaine signification, compte tenu des résultats ci-dessus. Son bilan est que les enquêtes précédentes donnent une image hétérogène de la santé psychique des homosexuels et des bisexuels (ibid.:566-568). Pour l'Europe, il n'est actuellement pas possible de dire exactement si l'orientation sexuelle a une influence mesurable sur l'apparition de troubles psychiques. Mais dans le contexte international, les preuves se multiplient, quoique les causes de ces associations soient encore confuses. Le résumé de Dennert (2006) est également confirmé par la méta-analyse internationale de Plöderl et al. (2006). Ils établissent une occurrence nettement plus élevée de la dépression, de troubles anxieux ainsi que de la dépendance à l'alcool et à la drogue pour les adolescents et certains adultes homosexuels et bisexuels que pour les hétérosexuels du groupe témoin (ibid.:539-543), avec une exception (troubles anxieux généralisés). Botnick et al. (2002), après une comparaison, parmi un groupe d'homosexuels et bisexuels, entre les auteurs de tentatives de suicide et ceux qui n'ont commis aucune tentative, concluent que les premiers ont des valeurs de dépression plus élevées, une confiance en soi beaucoup plus faible (seulement 39% ont une confiance en soi élevée contre 72%), davantage de troubles sentimentaux ou psychiques et ont passé davantage de temps dans un établissement psychiatrique (ibid. S. 5-6). En matière de dépendances, ce groupe présente un risque accru de consommation de Poppers, d'alcool et de recours à une clinique de désintoxication. Toutefois, après une analyse multivariée, seules la consommation de Poppers et la faible confiance en soi restaient liées à un risque accru de comportements suicidaires. Russell et Joyner (2001:1277-1279) ont établi une différence significative entre les jeunes homosexuels et bisexuels et un groupe témoin hétérosexuel non seulement pour le suicide, mais aussi pour l'alcoolisme et la dépression ou les épisodes dépressifs. Pour le désespoir, en revanche, aucune différence n'a été trouvée.

Goodenow et al. (2006:578-583), pour une étude en milieu scolaire, ont testé une seule variable « Felt sad or hopeless for 2 weeks or more, past year » et trouvé des valeurs presque doubles pour les jeunes homosexuels et bisexuels (54.6% contre 29.4%). Fitzpatrick et al. (2005:38-41) ne constatent pas de différence entre LGB et hétérosexuels, sauf pour les troubles de l'humeur, du point de vue de la santé psychique (dépressions, épisodes dépressifs, désespoir, diagnostic DSM-IV). Les auteurs expliquent cela par une pyramide des âges différente, parce que l'échantillon de population pris en compte ici était un peu plus âgé (entre 16 et 34 ans).

Bien que les résultats se contredisent en partie et qu'ils ne soient pas comparables à 100%, on peut conclure, tant pour les hétéros que pour les homosexuels et bisexuels, que la santé psychique joue un rôle important dans l'appariation éventuelle d'un comportement suicidaire. Les divers résultats ne permettent pas de donner une réponse définitive à la question de savoir si la santé peut expliquer ces prévalences différentes entre LGB et hétérosexuels pour le suicide. Mais les épreuves supplémentaires que subissent les personnes homosexuelles et bisexuelles (coming out, victimisation dans la société ainsi que, spécifiquement, à l'école) et leurs conséquences négatives sur le bien-être semblent plausibles et vérifiables. La discrimination peut constituer une variable intervenant entre

l'orientation sexuelle et la prévalence de problèmes psychiques, comme on le montrera plus loin (cf. 4.2.2).

4.2.1.2) Variables sociodémographiques

Les influences sociodémographiques sont souvent étudiées, dans les études américaines, il semble toujours opportun d'examiner d'éventuelles différences ethniques. Suivant les modèles de recherche, les influences sociodémographiques jouent un plus ou moins grand rôle. Pour l'ensemble de la population, on considère les facteurs de risque les plus divers. Plöderl (2005:88) indique des facteurs non spécifiques (non spécifiques pour les LGB) comme le sexe (les femmes font plus de tentatives de suicide) et l'âge (notamment les jeunes et les jeunes adultes sont plus fréquemment concernés). On admet également un risque accru pour les célibataires ou les divorcés. Traditionnellement, un faible niveau de formation, le chômage, un handicap et l'appartenance à une classe sociale défavorisée font partie de ces facteurs. Pour la religion (le taux de suicide est plus élevé en terre protestante que chez les catholiques), le climat (les régions peu ensoleillées enregistrent davantage de suicides) et l'urbanisation (dans les villes, la prévalence du suicide est plus élevée qu'à la campagne), certaines influences sont décrites, mais elles restent controversées (Wunderlich 2004: 16-17).

Les études qui concernent les personnes homosexuelles et bisexuelles contiennent parfois des affirmations contradictoires. Ainsi, Bontempo et D'Augelli 2002 (368-371) constatent de petites différences au niveau descriptif parmi des élèves américains entre les lesbiennes, gais et bisexuels d'une part et les hétérosexuels d'autre part, mais qui ne sont statistiquement pas pertinentes (ethnie, durée du séjour aux USA, degré d'urbanisation du domicile). De même Goodenow et al. (2006:578-580) n'ont trouvé aucune différence significative pour l'âge et le sexe lors d'un sondage en milieu scolaire. Quant à l'ethnie, on a trouvé moins de « blancs » parmi les adolescents lesbiennes, gais et bisexuels (65.9% contre 72.1%). A noter toutefois que ces résultats ne se rapportent pas spécifiquement à des personnes à comportement suicidaire.

Botnick et al. (2002:4-6) comparent les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH) (18-30 ans) qui ont voulu se suicider au moins une fois dans leur vie (n=67) avec ceux qui ne l'ont jamais voulu (n=278). Ils n'ont trouvé aucune différence d'âge, d'ethnie ni de lieu de naissance. Mais les premiers avaient un niveau de formation un peu plus faible (47.6% n'avait pas de diplôme du supérieur, contre 30.2%), ainsi qu'un revenu moins élevé (37.5% avaient un revenu annuel en dessous de 10'000 dollars canadiens, contre 19%). La même année Paul et al. (2002:1340-1342) ont publié une étude, centrée comme celle de Botnick et al. (2002), sur les HSH, en comparant un groupe à comportement suicidaire (tentative de suicide et pensées suicidaires) à un autre ne présentant pas ce comportement. Une probabilité accrue de projets et tentatives de suicide a été établie pour les hommes d'un niveau de formation plus faible, d'un revenu moins élevé et employés à temps partiel. Les « Native Americans » ont la plus forte prévalence de tentatives de suicide, 30% d'entre eux avaient déjà fait une tentative de suicide contre 12% pour l'ensemble de la population. On a aussi testé des cohortes d'âge, il n'existe une différence que pour les personnes de 25 ans après 1990. En

effet, les personnes de 25 ans présentent une prévalence de 11% supérieure pour les tentatives de suicide avant la 25^e année que les générations plus âgées. Les valeurs constantes chez les cohortes d'âge n'attestent aucune modification de la situation pour les LGB, il y a même une augmentation des tentatives de suicide chez les plus jeunes, quoique la prévalence des tentatives reste globalement constante. Lors du calcul de régression logistique, les variables présentées n'expliquaient plus aucune partie de la variance, seules quatre variables non sociodémographiques avaient une influence.

Remafedi (2002:307) fait des déclarations comparables pour les HSH (16-25 ans). Bien que le corpus de 255 participants ait été beaucoup plus restreint, il a mis en évidence ce qui suit pour les facteurs sociodémographiques: les personnes interrogées qui avaient fait une tentative de suicide, étaient beaucoup plus souvent des Afro-américains (14.6% contre 6.0%) et des habitants de zones urbaines (82.4% contre 69.2%). Il en va de même de la formation, c'est-à-dire que les premiers avaient moins d'années de formation et étaient moins nombreux à être inscrits dans des écoles. Aucune différence statistiquement pertinente n'a été relevée pour l'âge, le taux d'occupation et la nationalité. Après une analyse de régression multiple, la seule variable critique résiduelle était le statut scolaire.

A l'inverse, Hofsäss (1999:84-85) a mis notamment en évidence un haut niveau de formation et l'origine sociale comme facteurs de protection, c'est-à-dire que plus le niveau de formation et la classe sociale sont élevés, moins la socialisation des LGB s'accompagne de troubles autres que passagers.

Lorsque l'on compare les populations hétérosexuelles avec les personnes homo- ou bisexuelles, on ne constate que très peu de variances sociodémographiques significatives. Mais si l'on considère les adolescents non-hétérosexuels et que l'on distingue entre ceux qui ont un comportement suicidaire et les autres, on constate parfois des différences considérables. Même si les résultats sont en partie contradictoires, il est établi que les LGB suicidaires présentent des valeurs plus élevées que celles des LGB non-suicidaires pour l'appartenance à une minorité ethnique, un faible niveau de formation ainsi qu'un faible revenu. Il n'a encore pratiquement pas été constaté que ces différences au sein de la population LGB peuvent expliquer une partie de la variance des comportements suicidaires entre homosexuels et bisexuels d'une part et hétérosexuels de l'autre. Souvent, les variables sociodémographiques testées étaient limitées à quelques rares indices, ce qui ne contribue pas à clarifier la question des éventuelles différences sociodémographiques entre LGB et hétérosexuels.

Il a déjà été fait plusieurs fois référence à la question du sexe biologique. Ainsi, on considère presque déjà comme un artéfact scientifique que les femmes aient davantage de pensées suicidaires et de tentatives de suicide, mais que les hommes soient les plus nombreux parmi les personnes qui commettent un suicide. A titre d'exemple Dick (2002:326-327, après: Kosky 1982) mentionne une étude sur l'Ouest de l'Australie pour la période de 1969 à 1978. Elle indique un rapport de 1:3.6 pour les tentatives de suicide entre les jeunes gens et les jeunes filles (de moins de 15 ans), et de 3:1 pour

les suicides effectifs. Pour les jeunes de toutes orientations sexuelles, Wunderlich (2004:19-21) explique ceci par les différentes approches. Les deux sexes choisissent des méthodes de suicide auxquelles ils ont un accès plus facile; pour les hommes ce sont les armes à feu et pour les femmes les médicaments. Comme l'arme à feu est la méthode de tentative de suicide la plus létale, les suicides sont beaucoup plus nombreux chez les hommes, malgré le nombre accru de tentatives de femmes (IPSILON 2008: comparaison par méthodes). Wunderlich (2004:19-21) ajoute que, du fait des rôles sociaux attribués aux deux sexes, les tentatives de suicide chez les femmes sont plutôt tolérées socialement, alors que la même chose chez les hommes serait interprétée comme une faiblesse. Le comportement suicidaire de la femme correspond au stéréotype du sexe faible et sans défense. Une des autres explications possibles avancées est une limitation plus grande des possibilités pour les femmes de désamorcer une agression. Une variable pertinente importante pourrait être que les jeunes filles sont beaucoup plus souvent victimes d'abus sexuels.¹⁴

Mais en général, il y a lieu de préciser que très peu d'études considèrent les sexes séparément ou prennent même les femmes en considération. Le chapitre 3 le montre de manière évidente. Il n'est pas possible de dire définitivement s'il existe une différence entre les sexes du point de vue du comportement suicidaire parmi les LGB. En effet, Russell et Joyner (2001:1277-1279) ainsi que Wichstrøm et Hegna (2003:146-148) signalent des valeurs accrues pour les femmes de toutes orientations sexuelles. A l'opposé, Plöderl (2005:130) ne trouve aucune différence significative entre les sexes. De même, Savin-Williams (2001:988-989) parvient au même résultat et constate que le risque de tentative de suicide des LGB est fortement accru pour les deux sexes par rapport aux hétérosexuels (hommes 10 fois plus, femmes 2 fois plus). Bontempo et D'Augelli (2002:368-370) ont même trouvé davantage de comportements suicidaires chez les hommes homosexuels et bisexuels que chez les femmes lesbiennes et bisexuelles. Mais ce qui semble tout à fait plausible est qu'il y ait des différences entre les sexes sous l'angle des facteurs de risque. Ainsi, Bontempo et D'Augelli (2002:368-371) constatent des valeurs nettement accrues chez les gais et bisexuels pour quatre facteurs de risque sur sept : victimisation, absentéisme scolaire par peur, abus d'alcool et abus de drogues. Chez Russell et Joyner (2001:1277-1279), le résultat a été confirmé pour la victimisation, et les valeurs des LGB étaient comparables pour l'abus d'alcool. Pour les autres facteurs de risque, on n'a constaté aucune différence significative entre les sexes chez les homosexuels et bisexuels. Pour la santé psychique, Dennert (2006:566-567) a découvert certaines différences entre lesbiennes et gais au moyen d'études européennes. Au vu de ces résultats mitigés, il n'est donc pas possible de répondre clairement à la question de l'éventuelle influence du sexe biologique et du genre.

¹⁴ Wunderlich met en évidence dans son enquête, sans différencier entre les orientations sexuelles, que les jeunes auteurs d'une tentative de suicide ont subi neuf fois plus souvent un abus sexuel ou un viol (Wunderlich 2004:83).

4.2.1.3) Autres influences individuelles: identité et comportement sexuel

Parallèlement aux facteurs de risque sociodémographiques ou psychiques et physiques, il y a encore d'autres facteurs individuels qui peuvent influencer la possibilité de comportement suicidaire pour les personnes homosexuelles et bisexuelles. On présente ici deux problématiques: le coming out et le comportement sexuel.

Comme il en a déjà été brièvement question, on parle pour le coming out de différentes phases de la distanciation par rapport à l'identité hétérosexuelle. Lebson (2002:110-112) part d'un modèle en trois étapes. Leurs transitions sont floues et leur uniformité faible. Au cours de la première étape, des sentiments d'homosexualité ou de bisexualité apparaissent (« early adolescent years »). Suit une lutte pour l'intégration des sentiments dans l'environnement de la perception sociale et d'auto-dénégation de ces tendances. Le doute, le rejet et la remise en question personnelle sont ici au premier plan. La troisième phase est la reconnaissance de soi comme différent-e par rapport à la norme. Les émotions et la sexualité commencent à fusionner. Le déroulement réussi de cette évolution d'un bout à l'autre est décisif. S'il ne se produit pas ou si une phase est insurmontable, des sentiments de dérèglement, de haine de soi et de perte d'identité peuvent apparaître. Ces conséquences s'expliquent aussi à l'aide du modèle de minorité d'Allport (1954). Il a étudié le développement de l'identité de minorités qui sont sujettes à des préjugés, quoiqu'il n'ait pas spécifiquement pris en compte les LGB (Lebson 2002:111, d'après: Allport 1954). Lebson part du principe que l'entourage social influence et forme les caractéristiques personnelles des membres d'une minorité. Ils développent des stratégies de résolution de problèmes afin de contrer la victimisation et la discrimination, le revers de la médaille étant l'insécurité, le retrait, la haine de soi, la vulnérabilité émotionnelle et une image polarisée, positivement ou négativement, du statut de l'appartenance à une minorité.

De là à supposer que même un coming out réussi peut aboutir à des problèmes, il n'y a pas loin. Pour la santé mentale, il est très avantageux de pouvoir reconnaître clairement sa propre orientation sexuelle, tant intérieurement qu'extérieurement (Paul et al. 2002:1342-1344). Mais la franchise peut aussi signifier violence, harcèlement, exclusion et stress permanent, ce qui ouvre la voie à de nombreux problèmes psychiques, qui à leur tour favorisent les pensées suicidaires ou les tentatives de suicide. Paul et al. (ibid.) établissent aussi des parallèles entre une baisse de l'âge du coming out et un accroissement du taux de suicide chez les personnes de moins de 25 ans. Ils concluent que la présence renforcée de la « Gay Community » entraîne un coming out plus précoce et élargit les possibilités d'auto-identification des gais, des lesbiennes ou des bisexuels. Mais on suppose que pour les jeunes, le risque de victimisation augmente et les prive d'un certain soutien social.

Ces résultats sont confirmés en partie pour la Suisse, l'Allemagne et l'Autriche. Quant à l'âge, Cochand et Singy (2001:15-17) décrivent comme suit le processus de développement pour les hommes adolescents pour la Suisse: en moyenne, les premiers sentiments pour une personne de même sexe apparaissent à 12.9 ans, à 16.6 ans l'identification en tant qu'homosexuel et à 17.1 ans les premières expériences sexuelles avec des hommes. Häusermann et Wang (2003:13) rendent

compte uniquement des premiers sentiments homosexuels, qui apparaissent comme pour Cochand et Singy (2001) entre 12 et 13 ans. Mais ils indiquent que la majorité ont fait leur coming out vis-à-vis de leur entourage à 22 ans.

Pour l'Autriche, les résultats sont nettement plus détaillés. Plöderl (2005:179-184) établit que l'âge de la prise de conscience de l'orientation sexuelle pour les hommes (18 ans) est plus bas que pour les femmes (20.88 ans). Il met également un effet de cohorte en évidence, qui confirme la supposition de Paul et al. (2002): plus les personnes interrogées étaient âgées au moment du sondage, plus tard ils avaient fait leur coming out. Mais cet effet ne vaut que pour les femmes, chez les hommes, l'âge de la révélation de l'homosexualité ou de la bisexualité est à peu près le même dans toutes les classes d'âge. Au moment du coming out, les hommes étaient aussi plus jeunes que les femmes (22.06 contre 23.8 ans). En matière d'expérience sexuelle, la différence entre les sexes est encore plus grande (18.56 ans pour les hommes et 23.97 ans pour les femmes). Plöderl (ibid.) explique cette nette différence entre femmes et hommes par le fait que les femmes sont sujettes à des attentes plus contraignantes de la société : elles sont poussées à entrer dans une relation hétérosexuelle et à céder à la pression sociale. Il est frappant dans cette étude qu'aucun accroissement des comportements suicidaires n'ait été constaté pour les personnes qui ont fait leur coming out tôt (ibid.:251). En revanche, le rapport de la Berliner Senatsverwaltung (1999:66-79) a mis en évidence certains problèmes liés aux comportements suicidaires et au coming out. Ce sondage étudiait les défis à relever par les jeunes homosexuels et bisexuels, et conclut que nombre d'entre eux sont en rapport immédiat avec le coming out. En ce qui concerne le moment, 58% des femmes avaient tenté de se tuer avant leur coming out intérieur, 16% la même année et 16% plus tard. Chez les jeunes hommes, un sur cinq avait fait une tentative de suicide avant le coming out, 1/3 la même année et 40% plus tard. Ces influences du développement de l'identité et du coming out intérieur et extérieur doivent être prises en compte comme une variable explicative centrale pour le comportement suicidaire, comme on le verra ci-après (4.2.2.1).

Le comportement sexuel et la survenance du VIH/SIDA sont souvent cités. Botnick et al. (2002:4-6) montrent dans leur étude sur les déterminants du suicide, que les jeunes hommes (âge moyen 26-27 ans) qui ont fait une tentative de suicide ont nettement plus souvent payé pour un acte sexuel (Oui: 31.3% contre 14.6%) ou ont été contraints à des actes sexuels dans leur vie que ceux qui n'avaient pas tenté de se suicider. Cependant, lors du calcul de régression multiple, les deux variables (sexe forcé et sexe payant) n'expliquent aucune partie de la variance. Le rôle d'un comportement sexuel à risque comme une sorte de blessure volontaire ou de suicide indirect a également été étudié. Dans une étude actuelle (Scourfield et al. 2008:332-333) ce comportement à risque a été abordé par les participants à une étude qualitative. Cette étude a permis d'établir un lien entre santé psychique, comportement sexuel à risque et blessure volontaire. Une participante lesbienne a parlé d'actes sexuels avec des hommes comme une autopunition. Un autre participant a évoqué une femme qui extériorisait son malheur par une promiscuité accrue avec des partenaires des deux sexes. Ces fréquents changements de partenaire et le sentiment d'être malheureux semblent être liés. Les

auteurs supposent que ce comportement sexuel autodestructeur apparaît aussi chez les hommes. Le travail de Bontempo et D'Augelli (2002:368-371) atteste pour le comportement sexuel à risque¹⁵ une valeur nettement accrue pour les LGB. Cochand et Singy (2001) ont également étudié un lien éventuel entre une tentative de suicide effectuée et le comportement sexuel à risque chez les hommes homosexuels et bisexuels¹⁶. Ils n'ont trouvé aucune corrélation entre les deux variables, ni aucun rapport avec le statut sérologique. Lebson (2002:114, d'après: Siegel et Meyer 1999) a montré que les pensées suicidaires et les tentatives de suicide étaient liées à un diagnostic VIH ou sida positif. Paul et al. (2002:1340-1342) n'ont constaté un rapport significatif que pour les pensées suicidaires, les séropositifs ne se distinguent pas des séronégatifs pour les tentatives de suicide.

4.2.2) Micro- et macrosystème

Dans son modèle à quatre dimensions, Wunderlich (2004:63-67) cite comme dernière catégorie de facteurs de risque les « conditions familiales ». L'auteure voit dans la composition de la famille, dans l'abus physique et sexuel et dans la structure de communication des influences pertinentes. Pour la première, elle utilise le terme de « broken home ». Or il est hautement vraisemblable que ce n'est pas le statut de « broken home » qui est responsable des comportements suicidaires, mais l'absence d'amour, de reconnaissance et de sentiment de sécurité. Elle signale un autre point, l'« apprentissage des modèles », au cours duquel les jeunes copient les stratégies de résolution de problème de leurs parents. Dans ce domaine, le comportement suicidaire des parents joue un rôle. Comme l'auteur d'un abus physique ou sexuel fait souvent partie de la famille, on peut classer ce dernier dans les conditions familiales. Pour les victimes de violence sexuelle, un abus a souvent de graves dégâts au niveau mental et physique. Les femmes sont beaucoup plus souvent victimes que les hommes et ceci parfois doublement; par le dégât primaire de l'abus et par le dégât secondaire dû au comportement de l'entourage à propos de l'abus, le rôle de victime lui étant souvent refusé. Les enfants et les jeunes maltraités et victimes d'abus présentent souvent des tendances auto-agressives, ils dirigent leur colère contre eux-mêmes, ce qui peut conduire à un acte suicidaire. Wunderlich (ibid.) mentionne également qu'il n'y a pas de « familles à suicide », mais qu'un suicide ou une tentative est le plus souvent précédé d'une longue histoire tragique composé de divers événements.

A ces conditions familiales s'ajoutent encore les influences de l'environnement et de l'entourage. Chez Evans et al. (2004:967-968), on parle encore de formation et de facteurs sociaux pour tous les adolescents sans spécification. Il s'agit de la performance scolaire, des relations avec les camarades de classe, du soutien social et des activités de loisir. Lebson voit encore les problèmes suivants, spécifiquement pour les jeunes homosexuels et bisexuels (2002:112-113): non-conformité de genre et réactions négatives de la famille et de l'environnement en raison de l'orientation sexuelle. Le dernier

¹⁵ Bontempo et D'Augelli (2002:365-366) définissent le comportement sexuel à risque en deux questions. Elles concernent le dernier rapport sexuel et portent sur la contraception avec un préservatif ainsi que la consommation éventuelle de drogues ou d'alcool auparavant.

¹⁶ Selon Cochand et Singy (2001:43) un comportement sexuel à risque comporte un rapport sexuel non protégé (anal ou vaginal) ainsi que le contact de sperme avec la bouche dans les 6 derniers mois.

point, les « facteurs socio-environnementaux » comme le stress et les difficultés de communication avec les personnes du même âge sont très importants. Le premier est l'homophobie (intériorisée), elle peut entraîner des brimades (Bullying), l'abus et la victimisation des adolescents LGB.

Ce domaine du micro- et du macrosystème est limité ci-dessous à deux domaines grossièrement délimités, les superpositions étant inévitables. Pour le microsystème, il faut tenir compte de l'aspect genre. Ensuite, on approchera les thématiques de l'homophobie, de la victimisation et de l'école, avant d'approfondir l'environnement et les conditions familiales. Enfin différents facteurs comme la culture et l'entourage seront présentés au niveau du macrosystème.

4.2.2.1) Microsystème: comportement atypique de genre, victimisation et homophobie

Pour le microsystème, Morrison et L'Heureux (2001:42-44) identifient les quatre problèmes déjà brièvement abordés. Les questions abordées à l'école peuvent avoir un effet direct sur le degré d'acceptation des homosexuels et bisexuels. L'homophobie et l'hétérosexisme sont omniprésents dans tout le microsystème, l'école et la famille étant les principaux lieux pour les jeunes, parce qu'ils y passent le plus clair de leur temps. Les représentations stéréotypées des rôles sociaux liés au sexe peuvent aboutir à des problèmes en cas de comportement sexué atypique. Le manque de soutien social laisse également présager un risque accru de comportements problématiques.

Le rapport entre rôle social liés au sexe (genre) et comportements suicidaires est davantage étudié. En psychologie, le genre est souvent mesuré avec le « Bem Sex Role Inventory » (Fitzpatrick et al. 2005.: 36-37). Dans ce test, le comportement typique de la femme est émotionnel, dépendant, cordial et conciliant. Celui de l'homme est analytique, dominant, concurrentiel et capable de s'imposer. Le test englobe aussi les caractéristiques androgynes et cross-gender (aspects de comportement de l'autre sexe biologique).

Fitzpatrick et al. (2005) ont testé si le genre peut servir de variable explicative entre l'orientation sexuelle et le comportement suicidaire. Leurs résultats confirment l'hypothèse que chez les LGB, on trouve beaucoup plus de personnes cross-gender (51% contre 23%) (ibid.:38-41). Les personnes dont le comportement de genre est atypique présentent aussi des valeurs accrues ou même significatives pour de nombreux facteurs de risque, dont les comportements suicidaires. Les auteures expliquent surtout le suicide chez les personnes qui ne satisfont pas les attentes de leur rôle social lié au sexe par le faible degré d'acceptation dans le groupe de pairs et le faible soutien social. Ce n'est pas l'orientation sexuelle, mais la variable genre qui explique la plus grande partie de la variance dans les comportements suicidaires. Il est intéressant de noter qu'aucun rapport significatif entre rôle social lié au sexe et orientation sexuelle n'a pu être trouvé, c'est-à-dire que la combinaison des deux ne signifie aucun risque accru de comportements suicidaires par rapport à une variable seule. Toutefois, ces résultats doivent être pondérés par l'aspect réduit et homogène de l'échantillon (n=77, étudiants). Dans une étude publiée un an plus tard, Friedman et al. (2006:621-623) sont parvenus à des conclusions comparables, en mettant l'accent quant à eux sur la relation entre cross-gender,

brimades, soutien social et comportements suicidaires chez les hommes homosexuels et bisexuels (18-25 ans, n=69). On suppose souvent que le comportement atypique du genre entraîne chez les jeunes, indépendamment de leur orientation sexuelle, une victimisation accrue par les camarades de classe. Une analyse de causalité (path analysis) peut confirmer cette supposition. Il s'agit seulement d'un effet restreint. Les jeunes hommes perçus comme « efféminés », sont davantage exposés au risque de suicide, quoique les brimades fonctionnent comme un médiateur entre les deux variables. D'Augelli et al. (2005:10-12) ont pu confirmer ces tendances et montrer comment un comportement de genre fortement atypique se répercute sur les actes suicidaires. L'attitude des parents vis-à-vis de ce comportement est cruciale, dans la mesure où une variation est moins bien tolérée à l'adolescence que dans l'enfance. Au cours d'un sondage en Autriche, on a établi que les hommes homosexuels qui avaient fait une tentative de suicide avaient davantage subi de commentaires sur leur féminité pendant leur scolarité (Faistauer et Plöderl 2006:39). Les aspects du genre, des brimades et de l'environnement scolaire ont déjà permis de mettre en évidence des influences importantes de la prochaine section. On abordera ci-après les influences de la victimisation, de l'homophobie et de la violence.

« *Whether in the family, in the school or on the streets, gay and bisexual youth confront heterosexism and homophobia in their day-to-day lives* » (D'après: Botnick et al. 2002:7).

Les travaux de Bontempo et D'Augelli (2002:364-365) permettent de synthétiser de manière adéquate la question de l'homophobie, de la violence et de la victimisation. Il a été établi que l'homophobie intériorisée, le stigmatisme¹⁷, les expériences discriminatoires et la violence sont des facteurs de stress pour les LGB. Associés, ils constituent un défi spécifique pour les homosexuels et bisexuels (« gay-related Stress »), qui comporte des problèmes concernant le coming out, la découverte de la non-hétérosexualité ou le harcèlement en raison de l'orientation sexuelle. Des facteurs de stress externes, comme l'abus physique et psychique, comptent également dans le vécu des LGB. Il est confirmé que la victimisation fait fonction de médiateur entre l'orientation sexuelle et les comportements suicidaires. Il a même été supposé qu'une victimisation du fait de l'orientation sexuelle a valeur de prédiction pour les problèmes psychiques, l'abus de drogues et les comportements sexuels à risque, en plus des comportements suicidaires. Tous les jeunes victimisés du fait d'une homosexualité ou de bisexualité réelle ou supposée en souffrent, mais les LGB sont plus fortement touchés. Les hommes hétérosexuels sont aussi victimes de l'homophobie puisque toute intimité entre hommes est immédiatement interprétée comme de l'homosexualité (Plöderl 2005:45-46).

Russell et Joyner (2001:1277-1279) expliquent cette vulnérabilité par le fait que les LGB eux-mêmes sont déstabilisés en raison de leur orientation sexuelle, ont peu d'informations sur l'homosexualité et la bisexualité ou ne disposent simplement pas des stratégies de résolution de problèmes nécessaires (Bontempo et D'Augelli 2002:364-365). L'influence du stress sur les comportements suicidaires en

¹⁷ Stigmatisme signifie ici, « une [...] évaluation négative des personnes homosexuelle au niveau culturel / social [...] » (Plöderl 2005:46 d'après Goffman 1963/2001).«

raison de la victimisation anti-homosexuelle et du coming out est à la fois directe et indirecte (Paul et al. 2002:1338-1339). Premièrement, il peut engendrer une souffrance émotionnelle, ce qui chez les adolescents suffit pour envisager un suicide et, deuxièmement, le stress est lié à un sentiment d'infériorité, à l'abus de substances et à des sautes d'humeur, qui renforcent une tendance au suicide. Les LGB sont exposés à davantage de souffrance psychique parce qu'ils sont davantage stigmatisés et victimisés. Mais ce stress social n'est pas toujours compensé par un soutien. Parfois, il se produit des expériences négatives en raison de l'orientation sexuelle ou la personne garde même le secret sur celle-ci vis-à-vis de sa famille. Comme les jeunes ne pas connaissent encore de stratégie de résolution de problèmes et que l'expérience de la vie leur manque le plus souvent, les LGB sont vulnérables.

Bontempo et D'Augelli (2002:371-373) ont pu confirmer trois hypothèses dans leur travail. La victimisation à l'école chez les écoliers lesbiennes, gais ou bisexuels atteint une fréquence au dessus de la moyenne. Deuxièmement, ceux qui ne souffrent pratiquement pas à l'école ont un comportement en matière de risque très proche de celui des hétérosexuels. Troisièmement, les jeunes homosexuels et bisexuels qui souffrent d'une forte victimisation ont un comportement plus risqué (manquer l'école, fumer, consommer des drogues, comportement sexuel à risque et tentatives de suicide) que leurs groupes de pairs hétérosexuels. On a constaté pour presque tous les facteurs de risque une différence entre les sexes, les hommes étant plus exposés.

L'influence des expériences anti-homosexuelles sur les jeunes a aussi été démontrée dans le cadre d'une étude de cohorte (Paul et al. 2002:1342-1344). Les personnes qui avaient fait une tentative de suicide avant leur 25^e année étaient 2.88 fois plus nombreux à avoir subi entre autres des expériences anti-homosexuelles réitérées avant leur 17^e année (OR 2.88, 95% intervalle de confiance, 0.90, 9.16) que les personnes plus âgées qui commettent un suicide. Pour la Suisse, Häusermann et Wang (2003:26) ont montré, à partir d'une population test (hommes adolescents et adultes homosexuels et bisexuels), que 80% avaient déjà subi des violences dans leur vie (35% au cours des 12 derniers mois).

De nombreuses études ont démontré que l'école en particulier est un lieu de victimisation pour les jeunes (supposés) homosexuels ou bisexuels (Goodenow et al. 2006:574), les principales manifestations du phénomène étant la violence subie, les brimades ou l'absentéisme scolaire par peur. L'influence de telles discriminations s'exerce aussi en dehors de l'école. Elle peut engendrer des dépressions, des états anxieux, des pensées suicidaires ou des tentatives de suicide. Goodenow et al. (2006:580-583) ont effectué une régression logistique avec des écoliers et écolières de deux Etats pour les comportements suicidaires. La victimisation scolaire et personnelle explique une partie de la variance pour chaque aspect du comportement suicidaire. Dans l'étude susmentionnée de Friedman et al. (2006:621-623) l'interaction entre le comportement de atypique de genre, les brimades (bullying) et le soutien social d'une part et les comportements suicidaires d'autre part est démontrée. Une analyse de causalité a montré que la victimisation à tous les niveaux scolaires

(Elementary-, Middle- et High-School) explique la variance en matière de comportement suicidaire et de féminité. Cela signifie qu'un manque de virilité chez un jeune homme semble déboucher sur des maltraitements par les camarades de classe, qui augmentent à leur tour le risque de suicide.

Il existe pour l'Autriche une étude sur les gais à l'école (Faistauer et Plöderl 2006:13-15). Elle précise que le mot « pédé » est dès l'école primaire une insulte quotidienne et qu'il est compris comme quelque chose de péjoratif. Faute d'explication et d'ouverture, et du fait que de telles discriminations sont tolérées par les institutions, cette image négative s'enracine encore davantage chez les enfants et les jeunes. Si les enfants se rendent compte à cet âge qu'ils ne sont pas hétérosexuels, ils aboutissent à un rôle de minorité. Ils peuvent de ce fait être victimes de l'homophobie, ceci étant, comme on l'a vu, étroitement lié au rôle social attribué au sexe. Les deux auteurs ont examiné, au cours d'un sondage rétrospectif sur la scolarité, l'influence de l'école sur le comportement suicidaire (ibid.:35-39). Ils ont constaté que le taux de tentative de suicide était pratiquement doublé chez les participants ayant subi des actes de discrimination homophobes de leurs camarades de classe par rapport à ceux auxquels ces expériences ont été épargnées (27% contre 13%). Les premiers « [...] considèrent l'école à peine plus souvent que les seconds comme la principale raison ou l'une des raisons de leur tentative de suicide [...] » (ibid. S.38). Si l'on demande à tous ceux qui ont voulu se suicider (n=82) si l'école est la principale raison ou l'une des raisons de leur tentative, seuls 56% répondent que l'école n'a joué aucun rôle. En tenant compte du faible nombre de cas de tentatives, on voit apparaître ici le rôle de l'école comme lieu de la discrimination et comme une des causes d'actes suicidaires.

Mais pour les élèves lesbiennes, gais et bisexuels, le soutien social, que ce soit à l'école, dans le groupe de pairs, de la part des enseignants, de l'encadrement ou de la famille exerce aussi une grande influence. Pour les écoles, Goodenow et al. (2006:583-586) estiment le rôle de tels « support groups » parallèlement aux autres facteurs scolaires. Il est incontesté que le contexte scolaire explique une grande partie du comportement suicidaire de jeunes. L'étude compare diverses écoles, et mentionne que l'absence de « support groups » et d'un interlocuteur adulte sont des facteurs de risque. Cette influence du soutien social a encore été étudiée dans d'autres travaux scientifiques, tels que l'analyse de causalité déjà plusieurs fois mentionnée (Friedman et al. 2006:621-623). En effet, le risque de comportements suicidaires a pu être abaissé avec le soutien des camarades de classe et de la famille. Botnick et al. (2002:4-7) démontrent aussi l'importance du soutien social. Ils ont pu montrer pour les hommes homosexuels et bisexuels qui ont fait une tentative de suicide (26-27 ans en moyenne), une différence significative en matière de soutien social (IES Social Support Scale: Median 61 contre 52). Dans la régression multiple, elle explique toujours une partie de la variance. Fitzpatrick et al. (2005:39-41) ont aussi constaté des valeurs inférieures pour le soutien familial pour les cross-gender ainsi que pour les LGB proprement dits. Conformément à l'étude Santé Gaie (Häusermann et Wang 2003:17), ¼ des hommes interrogés ne sont pas satisfaits de leur soutien social, 63% se sont sentis seuls au moins une fois dans leur vie. Nombreux sont ceux qui trouvent un meilleur soutien chez leurs amis que dans leur famille.

Mais le soutien social n'est pas le seul facteur à prendre en compte, il y a d'autres influences de l'environnement. Outre l'isolement faute de soutien ainsi que les réactions homophobes de l'environnement, les participants d'une étude qualitative voient aussi les effets du coming out sur la famille comme une explication pour un suicide juvénile chez les LGB (Scourfield et al. 2008:334-335). En d'autres termes: une réaction négative de la famille peut engendrer des comportements suicidaires. Pour la Suisse romande Cochand et Singy (2001:21-23; cf. Plöderl 2005:257-258) ont démontré que les parents ont plus de mal à assumer un coming out de leurs enfants que d'autres groupes sociaux. 38.2% des pères, 28% des mères, 12.9% des frères et sœurs, 9.8% du personnel de santé, 4.3% des collègues et 2.1% des amis hétérosexuels ont une attitude de rejet vis-à-vis de l'homosexualité. Ajoutons encore deux autres résultats des variables abus sexuel et suicide dans la famille. Les gais et bisexuels qui ont fait au moins une tentative de suicide (Median 26-27 ans) sont plus nombreux à avoir été abusés sexuellement dans leur jeunesse que les hommes sans tentative de suicide (avant 12 ans 26.9% contre 13.7%; de 12 à 17 ans 23.9% contre 7.6%; après 18 ans 20.9% contre 14.4%) (Botnick et al. 2002:4-7). Russell et Joyner (2001:1277-1279) étudient la question de l'influence d'un suicide dans l'environnement (amis et membres de la famille). Les valeurs des jeunes homosexuels et bisexuels pour les deux sexes étaient plus élevées que celles des hétérosexuels. Les filles ont vécu plus de (tentatives) de suicide d'amis et les garçons ont été davantage confrontés à des (tentatives) de suicide de membres de la famille. Les raisons de cette différence ne sont pas claires.

La section microsystème a traité plusieurs questions. Celle de l'homophobie est omniprésente; elle a des effets sur la violence, l'abus et le manque de soutien direct et accroît donc le risque de suicide. Le contexte scolaire surtout, en plus de la famille et de l'environnement, peut constituer pour les adolescents un lieu de protection mais aussi de risque, puisqu'ils passent beaucoup de temps à l'école.

4.2.2.2) Macrosystème: culture, binarité de l'orientation sexuelle

Après les facteurs de risque du microsystème, nous abordons à présent ceux du macrosystème. Les influences culturelles et spécifiques de l'environnement y tiennent le premier plan. La subdivision précitée de Morrison et L'Heureux (2001:44-45) mentionne l'influence des mass-média, les politiques antidiscriminatoires à l'école et dans la société ainsi que la pression sociale visant à empêcher le coming out. L'influence des politiques antidiscriminatoires est traitée dans la section Facteurs de protection et pour les deux autres variables, aucune étude n'a été trouvée. D'autres facteurs peuvent avoir une influence déterminante.

Il y a par exemple le degré d'acceptation culturelle, c'est-à-dire la tolérance du suicide comme solution, qui pourrait renforcer un comportement suicidaire (Scourfield et al. 2008:334-335). Il existe des suppositions selon lesquelles ce sont notamment les facteurs culturels (scripts sociaux et évaluations) qui augmenteraient la probabilité de réagir à un problème au moyen du suicide (Cato et

Canetto 2003:497-499). Il est possible que dans certains pays, on tolère que les veuves se suicident, mais que cet acte soit interdit à tous les autres groupes (Inde). Ces « cultural scripts » donnent une image des formes spécifiques que peut prendre un comportement suicidaire typique dans une culture (qui, pourquoi et comment). Ce modèle modifie les options de l'individu. De plus, il existe des signes visibles qu'un suicide est plus tolérable en cas de maladies physiques. Les résultats sont contradictoires si le comportement suicidaire est évalué différemment chez l'homme et la femme. Mais en général les femmes sont prédisposées plus défavorablement dans l'évaluation de cette conduite. En 2000, lors d'un sondage auprès de jeunes homosexuels et bisexuels, les participants ont décrit le suicide comme quelque chose d'inévitable, comme une sorte de rituel (ibid.:499, d'après: Russell et al. 2000:80). Les auteurs ont même conclu que bien des jeunes se sentiraient mal s'ils n'effectuaient aucune tentative de suicide.

Cato et Canetto (2003:502-504) n'ont pas vérifié ces résultats dans leur étude, mais ils ont étudié l'évaluation du suicide dans une population hétérosexuelle à près de 97% (âge moyen 20 ans). Ce travail était centré sur la question de savoir comment est considéré un comportement suicidaire après un coming out entraînant une réaction négative chez les parents comparativement à d'autres raisons. La seule cause acceptée était une maladie physique, un comportement suicidaire après un coming out a été jugé malsain et faible. Il semble qu'un tel comportement dans la jeunesse ne soit pas toléré. D'autres résultats montrent que le sexe des personnes suicidaires ne jouait aucun rôle, les hommes évaluaient un tel acte moins négativement et les personnes androgynes le plus défavorablement. Pour le présent travail, il y a lieu de garder constamment à l'esprit ces évaluations culturelles d'actes suicidaires.

Mentionnons encore un dernier aspect macrosystémique; l'influence de la binarité fixe de l'orientation sexuelle. Cover (2005) propose un nouveau modèle de l'orientation sexuelle. Il postule un modèle d'identité sexuelle amorphe, construite et mobile (ibid.:86-96). Souvent, la recherche présuppose un état naturellement déterminé et immuablement binaire. Les seules catégories sont homo- (gay) ou hétérosexuel (straight) ainsi que bisexuel, qui se situe entre les deux ou sert en quelque sorte de champ expérimental. Il a développé un modèle qui repense les hypothèses précédentes sur les comportements suicidaires. Cover déclare qu'il n'y a aucune raison logique pour que le suicide et l'orientation sexuelle soient corrélés, ni aucun indice que ceci soit exclusif. Les suicides en raison de la sexualité ne sont pas identiques à ceux des LGB. A la fin de son travail, il décrit un cas où c'est la binarité et non l'orientation sexuelle a joué un rôle (ibid.:97-98). Cover interprète le cas d'un jeune de 14 ans. Il a été accueilli positivement par son entourage et décrit par la famille et par un thérapeute comme homosexuel. Le soutien social était considérable et il a été aidé. Aucun indice d'un rapport avec l'homophobie n'a été trouvé, mais il ne voulait pas voir de thérapeute ni parler de sa sexualité avec des amis homosexuels. Cover suppose que l'enfant n'avait probablement aucune représentation sexuelle binaire et que, du fait de la compréhension duale de son entourage, il n'a pas pu être compris. L'entourage lui a créé une sexualité et l'a réduit à l'étiquette « homosexualité ». Le suicide de ce jeune pourrait donc être lié à cette réduction à quelque chose qui pour lui n'était pas

définissable de manière aussi univoque. Cette façon de gérer la sexualité peut très bien être dangereuse et doit être considérée comme un facteur de risque culturel.

Après avoir traité les facteurs de risque, la section suivante passe aux facteurs de protection, dont certains ont déjà été abordés.

4.3) Facteurs de protection

La déclaration de Fenaughty et Harré (2003:4-5) selon laquelle les facteurs de protection sont moins étudiés que les facteurs de risque est toujours valable. Les facteurs envisagés sont l'intégration sociale et le soutien, le degré d'acceptation, la thématization précoce et équilibrée à l'école, des modèles positifs pour les homosexuels et bisexuels et un haut niveau de confiance en soi. Ces domaines ont été discutés lors huit interviews qui ont donné les résultats suivants (ibid.:8-16): les *stéréotypes positifs et la représentation* dans l'opinion publique via les mass-média permettent de réduire l'invisibilité et l'isolement de certains jeunes, ce qui est important notamment pour ceux dont l'orientation sexuelle est encore incertaine (questioning). Du fait de la représentation positive des LGB dans les médias, le climat social d'un coming out peut aussi s'améliorer. N'oublions pas qu'il existe à présent pour les jeunes des modèles qui peuvent les aider dans l'identification de leur orientation sexuelle. Deuxièmement, le *soutien et le degré d'acceptation par la famille* sont précieux. Le cas échéant, l'enfant ou le jeune peut apprendre qu'être homosexuel ou bisexuel est quelque chose de positif. Même les parents qui en sont peut-être malheureux, mais qui ne rejettent pas leur enfant, peuvent l'aider. C'est notamment l'influence et le pouvoir des éducateurs qui peut avoir des effets positifs pour l'enfant. En plus du soutien des parents, qui est très précieux pour l'enfant, on peut dire la même chose d'un *climat gay-friendly à l'école*. Des groupes de soutien spéciaux (comme les groupes de jeunes lesbigais) et le rôle des enseignants peuvent avoir un effet très positif. Aborder toutes les orientations sexuelles dans un cadre ouvert peut augmenter la tolérance des élèves. Le facteur d'une *participation à un service d'entraide* (projets scolaires spécifiques ou antennes de conseil) est d'une importance analogue. Du fait de la mise en commun d'expériences de l'homosexualité ou de la bisexualité ces organisations peuvent servir de forum de traitement des situations de crise et offrir un modèle positif. Le rôle individuel d'une *confiance en soi élevée* peut résulter d'un soutien social renforcé et protéger l'individu de dommages. Les valeurs-clés sont une perception de soi positive et l'absence d'homophobie intériorisée. Reste à mentionner les *aptitudes individuelles à la résolution de problèmes* (coping mechanisms): le risque de comportements suicidaires peut être abaissé au moyen de ces stratégies caractérisées par un soutien social et des modèles.

Une étude qualitative (Scourfield 2008:331-332) contient des stratégies que les jeunes LGB déclarent employer pour faire face aux défis qu'ils ont à relever. Ils mentionnent aussi une « géographie sexuelle » (sexual geography), c'est-à-dire des lieux qui sont plus dangereux pour les homosexuels et bisexuels que d'autres. Souvent, la famille est un foyer de conflits. Outre les méthodes

autodestructrices, ils citent deux stratégies de gestion de ces situations difficiles. La première est la *résilience*, à savoir la tenue d'un discours sur la diversification sexuelle naturelle, afin de se protéger d'une argumentation prétendant qu'ils ne seraient pas normaux. Certains essaient aussi de résister activement aux discriminations et de lutter contre elles. Ce faisant, leur souffrance les renforce encore dans leur orientation sexuelle. Mais le principal aspect de la résilience est la fuite, c'est-à-dire la recherche de personnes et de lieux sûrs, où la personne est tolérée et acceptée. Il s'agit notamment de l'Université ou des groupes de soutien. La résilience peut aussi résulter d'une *ambivalence*, c'est-à-dire que certains pensent qu'il est naturel de s'habiller unisexe, mais qu'il est difficile de créer une identité homosexuelle ou bisexuelle. Cela signifie aussi se construire contre l'énorme pression de la norme hétérosexuelle. Eisenberg et Resnick (2006:662-663) indiquent que les adolescents LGB ne constituent pas un groupe à risque homogène. Nombre d'entre eux possèdent des caractéristiques individuelles ou dans leur entourage qui les protègent et la plupart d'entre eux grandissent heureux et en bonne santé.

Les facteurs de protection précités devraient à présent, si possible, être encore confirmés ou infirmés par les résultats de rapports quantitatifs. Pour un sondage en milieu scolaire en 2004 dans le Minnesota, on a testé pour 21'927 adolescents (dont 2'255 LGB) quatre facteurs de protection (Family Connectedness, Teacher Caring, Other Adult Caring et Safe School) (Eisenberg et Resnick 2006:664-667). Les valeurs des comportements suicidaires (pensées et tentatives) étaient nettement plus élevées chez les élèves homosexuels et bisexuels que chez les hétérosexuels. Les LGB étaient moins souvent représentés dans le quart supérieur pour les quatre facteurs de protection. Il est remarquable que, lors du calcul de régressions linéaires, les facteurs de protection expliquent une plus grande partie de la variance des comportements suicidaires que l'orientation sexuelle à elle seule. Mais la plus grande partie de la variance dans l'étude n'a pas pu être expliquée. Le rôle important des facteurs de protection a été confirmé. Dans une analyse de causalité, on a également prouvé l'influence négative du soutien social sur les comportements suicidaires (Friedman et al. 2006:621-623). On n'a certes trouvé aucune interaction entre le soutien par les parents et les camarades de classe et les brimades subies par les jeunes homosexuels et bisexuels (18-25 ans), mais une valeur accrue de la variable « soutien social » abaisse le risque de suicide. Une autre étude en milieu scolaire (Goodenow et al. 2002:583-585) a testé pour 202 femmes et hommes homosexuels et bisexuels l'influence des groupes de soutien et autres caractéristiques scolaires propres à augmenter leur sécurité. Ce résultat étaye l'hypothèse selon laquelle les groupes de soutien dans les écoles et l'aide de l'école est en corrélation avec une moindre victimisation ou un taux plus faible de comportement suicidaire. Certaines caractéristiques et certains programmes scolaires ont une influence sur la sécurité des LGB. Contre toute attente, on a constaté des prévalences plus faibles d'actions suicidaires et de victimisation pour les centres de formation qui accueillent davantage d'enfants de milieu social défavorisé et à faible revenu, qui sont plus grands et plus urbains et dont la sécurité est jugée moindre par la population des élèves. Les filles et les garçons homo- et bisexuels étaient donc plus en sécurité précisément dans les écoles qui sont jugées généralement dangereuses. Eventuellement, la taille et la diversité jouent un rôle qui permet l'émergence de minorités. Différents

programmes ont influencé le bien-être psychique du groupe test. Par exemple, les cours sur le « harcèlement sexuel » font baisser le nombre de cas victimisation. Les « Antibullying Policies » ont une influence négative sur le risque de suicide.

Le travail de Faistauer et Plöderl (2006:12-13) met en lumière le contexte scolaire. Dans la partie sur les « rapports entre climat scolaire et bien-être ou sécurité », il montre que les hommes homosexuels font moins souvent part de tentatives de suicide lorsqu'ils se sentent acceptés, ne se sentent pas discriminés, sont complètement out ou presque, sont moins en butte à des remarques sur leur comportement atypique du genre et lorsqu'ils ne cherchent pas à obtenir de bonnes notes en raison de leur homosexualité.

Mentionnons encore deux résultats. Remafedi (2002:307-309) n'a trouvé qu'un seul facteur de protection pour les jeunes HSH, la « School Connectedness » (taux de fréquentation des cours). Cela signifie que la fréquentation de l'école fait baisser le risque d'une tentative de suicide. Cela confirme naturellement aussi le risque accru chez ceux qui sont en rupture scolaire ou les sans domicile fixe. On peut donc considérer la fréquentation de l'école tant comme un facteur de risque que de protection, le climat et l'assistance à l'école étant d'une grande importance. Cette constatation est cohérente avec la déclaration de Bontempo et D'Augelli (2002:371-373) qui constatent une prévalence analogue de comportements suicidaires pour les élèves hétérosexuels, homosexuels et bisexuels lorsque la victimisation est plus faible.

On peut donc à nouveau constater que la géographie sexuelle (sexual geography) joue un rôle central. Outre les conditions individuelles (résilience et coping) et familiales, il y a lieu de tenir compte surtout de l'influence protectrice de l'école. La section suivante dresse un bilan des considérations du chapitre 4.

4.4) Bilan

Avant de passer aux conclusions et aux recommandations de ce travail, il s'agit de tirer la quintessence du chapitre 4. Comme on l'a vu, ce n'est pas l'orientation sexuelle qui est la cause de comportements suicidaires accrus, mais il existe des facteurs de risque auxquels les homosexuels et bisexuels sont en partie plus exposés ou même les seuls à être exposés. Plöderl (2005:96-98) formule deux hypothèses à ce sujet. L'hypothèse du stress présuppose que les comportements suicidaires et les troubles psychiques sont plus fréquents chez les homosexuels et bisexuels parce qu'ils sont exposés à des facteurs de stress plus nombreux et plus intenses. L'hypothèse de la vulnérabilité admet que les facteurs de stress généraux sont davantage corrélés chez les LGB à des problèmes psychiques. Li Kitts (2005:624-626) explique la prévalence de suicide accrue par le stress psychosocial lié à l'homosexualité et à la bisexualité. Les facteurs de stress sont les suivants : comportement atypique de genre, victimisation, manque de soutien social, problèmes familiaux, abus de drogues etc. Malgré les changements dans le traitement légal et médiatique de l'homosexualité et

de la bisexualité, les LGB sont encore discriminés et victimisés, en partie aussi par leurs parents. Ici, les valeurs sont accrues pour les LGB après un coming out, mais aussi pour les personnes ayant un comportement un de genre atypique, ce dernier trait pouvant aussi concerner les hétérosexuels. Cela signifie que les personnes qui ne se comportent pas conformément à leur sexe sont tout autant victimes de brimades (Bullying) ou de violence (Scourfield et al. 2008:329-330). Le rejet par des personnes-clés comme les parents après un coming out peut conduire, chez les adolescents jeunes et vulnérables, à l'isolement et à la solitude (Cato et Canetto 2003:497-499). De telles expériences négatives peuvent déboucher sur une faible confiance en soi, du stress, des problèmes d'humeur, l'abus de drogues et le suicide (Li Kitts 2005:624-626).

Mais dans tout cela, il ne faut pas oublier que les comportements suicidaires ne sont pas une simple fonction de difficultés, il n'est donc pas obligatoire que les personnes ayant davantage subi d'épreuves soient plus sujettes au suicide (Cato et Canetto 2003:497-499). Ursula Wunderlich (2004:112-113) partage cet avis et postule qu'il n'y a pas de candidat-e au suicide prototypique, mais des facteurs entièrement divers, qui, dans les combinaisons les plus variées, peuvent contribuer au développement de suicides.

Il en va de même pour les facteurs de protection, parmi lesquels il faut prendre en compte entre autres le soutien social, la résilience, les aptitudes à la résolution de problèmes (coping mechanisms), les influences scolaires et culturelles, qui peuvent avoir un effet protecteur et abaisser un risque d'acte suicidaire. Ceci étant, la famille et l'école jouent un rôle-clé tant pour les facteurs de risque que de protection.

Le chapitre suivant présente les implications des réalités présentées ici.

5.) Recommandations

Nous formulons ci-après des recommandations pour d'éventuelles mesures de prévention et de thérapie, surtout pour les femmes et les hommes homosexuels et bisexuels. Notre principal objectif est que les services compétents prennent connaissance du fait qu'il existe certains groupes de risque et qu'ils puissent mettre en œuvre des instruments de prévention spécifiques (cf. Wang et al.).

Pour l'ensemble de la population, l'étude de l'OFSP (2005) décrit la prévention du suicide en Suisse comme suit: la compétence de proposer des aides est donnée exclusivement aux cantons, mais la Confédération a le droit de participer à des projets, d'en initier ou de soutenir des mesures de promotion de la recherche, la collecte de données statistiques et la prévention du suicide en cas de dépendance (ibid.:29-36). Il manque à la Confédération suisse les bases légales pour accomplir certaines tâches, par exemples des campagnes nationales d'information, de sensibilisation et d'éducation. Un inventaire des campagnes de prévention du suicide cantonales et régionales a révélé que (ibid.; cf. <http://www.ipsilon.ch>) la prévention du suicide n'est pas une activité principale de la Confédération. Il n'existe de prévention ciblée que pour très peu de groupes de personnes; 68% des campagnes s'adressent uniquement à la jeune génération. Dans ce domaine, il existe une sorte de répartition entre les organisations cantonales et privées. Les premières s'occupent prioritairement de l'aspect thérapeutique et des soins, les secondes de l'assistance psychosociale ainsi que de la formation initiale et continue et du perfectionnement. Les ressources et le temps pour des activités de recherche sont le plus souvent précaires. D'autres problèmes se posent : l'échange interdisciplinaire entre les organisations ne fonctionne pas, la qualité des institutions est douteuse et l'on traverse rarement les limites cantonales.

Dans le rapport de l'OFSP (2005:36-38), les auteurs exposent les besoins et proposent les mesures suivantes: les questions de la santé publique et de la prévention sont une tâche de toute la société, chacun peut y participer. Comme l'offre de mesures de prévention du suicide en Suisse est restreinte et qu'elle exclut de nombreux groupes de risque, il y a lieu de coordonner les stratégies actuelles et futures. Le Conseil fédéral a demandé d'examiner une collaboration des divers services dans certains domaines : il s'agirait d'étendre le suivi dans le secteur de la santé, d'intégrer la question dans des programmes fédéraux de prévention du suicide et des dépendances et dans la formation initiale et continue et le perfectionnement des médecins et psychologues, et de mettre sur pied un programme national de recherche. A noter que ni ces mesures ni les recommandations du rapport n'ont été mises en œuvre jusqu'ici.¹⁸

¹⁸ Selon un courriel du 08 août 2008 de Madame Barbara Weil de l'Organisation IPSILON. Cf. aussi le fait que de nouvelles interventions parlementaires pour la prévention du suicide ont été déposées au Parlement suisse (Cf. www.admin.ch).

Il n'est pas judicieux ici de présenter tous les moyens possible de prévention du suicide, mais il semble adéquat d'investiguer les opinions des chercheurs qui ont travaillé spécifiquement sur les comportements suicidaires chez les homosexuels et les bisexuels. Il faut reconnaître en tout premier lieu que les personnes homo-, bi- et transsexuels représentent un groupe à risque, mais il faut ensuite que ce fait soit inscrit dans les programmes nationaux, cantonaux et régionaux de prévention du suicide. Les défis spécifiques précités que doivent relever les LGB devraient être pris en compte adéquatement (cf. Scourfield et al. 2008:335). En plus des organisations, trois autres milieux peuvent agir : l'école, le personnel de la santé et du domaine social et la société.

Comme nous l'avons vu, l'école est omniprésente, tant comme lieu de protection que de risque. Lorsque, comme Evans et al. (2004:972-975) le constatent, on commence par là, on peut obtenir beaucoup. Ils proposent une « whole-school approach » pour la prévention. Il s'agit de former en conséquence les enseignants et les élèves pour que les personnes en danger s'identifient elles-mêmes comme telles ou le soient par le groupe de pairs ainsi que par un enseignant. Cela signifie que le climat l'école et le traitement des comportements suicidaires doit s'améliorer. Spécifiquement pour les LGB, Untersee et Kauer (2008:56-57) signalent que l'école a pour tâche d'encourager le développement de la personnalité des adolescents. Pour ce faire, il y a lieu d'aborder les questions de l'homosexualité et de la bisexualité de manière large et sans préjugés avec tous les jeunes. Comme on l'a vu, au chapitre 4.3, un traitement scolaire équilibré et précoce de l'homosexualité et de la bisexualité, le rôle des enseignants comme modèles positifs et la création d'un climat homo-affirmatif (programme d'apprentissage, stratégies, support groups) ont une grande influence sur le bien-être des adolescents. N'oublions pas que les LGB ne sont pas les seuls à subir des violences anti-homosexuelles, qui touchent aussi les hétérosexuels atypiques de genre, le plus souvent les garçons.

La formation initiale et continue et le perfectionnement des personnes qui travaillent dans le domaine social ou de la santé est un deuxième point de départ. Par exemple une meilleure compréhension des défis psychosociaux spécifiques des ados homosexuels et bisexuels chez le/la médecin de famille (hétérosexuel-le) augmentent la confiance, donnent un sentiment d'acceptation et diminuent donc aussi le risque d'un suicide (Li Kitts 2005:626). Pour le personnel spécialisé qui s'occupe directement du suicide, il est indispensable de comprendre pourquoi les adolescents LGB agissent ainsi (Scourfield et al. 2008:335). Ceci ne peut se faire que par des mesures spécifiques de formation et de recherche (Scourfield et al. 2008:335).

En troisième lieu, nous nous adressons encore directement aux lecteurs. L'homophobie et l'hétérosexisme sont toujours très répandus dans la société elle-même. En éduquant le grand public et en déstigmatisant l'homosexualité et la bisexualité, un processus à long terme, on peut obtenir beaucoup (Lebson 2002:116). Les moyens à prendre en compte sont une représentation positive dans les médias, le travail des organisations, le soutien social par la famille et l'entourage etc. (Fenaughty et Harré 2003:18-19).

Suit un résumé des résultats de ce travail.

Résumé

Le point de départ est la problématique (cf. page 3) : il s'agit de connaître les causes ainsi que les facteurs de risque et de protection d'une tendance suicidaire accrue chez les LGB (lesbiennes, gais et bisexuel-le-s).

Une définition de comportements suicidaires est toujours multidimensionnelle et contient différents types de suicide tels que les formes passives (désir de repos) ou pensées suicidaires et la tentative de suicide ou le suicide accompli. L'orientation sexuelle est le comportement en matière de choix de partenaire, et englobe encore des questions spécifiques pour l'homosexualité et la bisexualité : coming out, gestion de l'identité, discrimination et violence (cf. chapitre 1). Pour un traitement adéquat de la question, il est indispensable de veiller à l'opérationnalisation des termes-clé de ce travail (comportements suicidaires et orientation sexuelle) dans les études et aux autres forces et faiblesses de la littérature scientifique (on ne mentionnera ici que le nombre de cas, l'opérationnalisation des différentes variables et l'échantillonnage (cf. chapitre 2).

Quatre tableaux (cf. annexes 2-4) présentent l'essentiel des résultats de ce travail. En matière d'orientation sexuelle et de comportements suicidaires, on peut constater ce qui suit (cf. chapitre 3):

- 1.) Il n'est pas possible de mettre en évidence *un* indice de rapport entre comportements suicidaires et orientation sexuelle, on ne peut indiquer qu'une marge de variation.
- 2.) Les données prises en compte étudient majoritairement une population masculine ou ne distinguent pas entre les sexes. Les seuls groupes étudiés spécifiquement pour la Suisse sont exclusivement des groupes d'hommes, presque uniquement de Suisse romande, et les groupes témoin hétérosexuels manquent presque toujours.
- 3.) Seules les hypothèses suivantes sont confirmées: les pensées suicidaires et les tentatives de suicide chez les LGB sont nettement plus nombreuses que chez les hétérosexuels hommes et femmes. Les pensées suicidaires sont plus fréquentes que l'acte lui-même, et les différences entre les sexes (les femmes ont une prévalence plus élevée de pensées suicidaires et de tentatives, les hommes sont plus nombreux à se suicider) peuvent être vérifiées.
- 4.) Les personnes bi- et transsexuelles sont également considérées comme des groupes de risque dans les études. Les bisexuels vivent encore plus dangereusement que les lesbiennes et les gais.

La prévalence accrue de comportements suicidaires chez les LGB s'explique par des facteurs de risque et de protection (cf. chapitre 4). À partir de trois modèles, avec lesquels se mesure le risque de comportements suicidaires des jeunes, on a pu mettre en évidence des facteurs de risque et de protection individuels, psychiques et physiques, ainsi que l'influence des micro- et des macrosystèmes.

Facteurs de risque: il n'est pas sûr que des facteurs de risque non spécifiques comme les facteurs sociodémographiques (sexe, âge, formation, classe sociale) et la santé puissent expliquer la différence de prévalence de suicide entre LGB et hétérosexuels. En d'autres termes, on n'a trouvé en général que peu de différences entre les échantillons de population. Mais il ne faut pas oublier que naturellement, de tel facteurs permettent d'expliquer un comportement suicidaire tant pour les homo- et les bi- que pour les hétérosexuels. Les facteurs de risque spécifiques, qui ne touchent pratiquement que les LGB, peuvent au moins en partie expliquer la différence de prévalence de suicide entre les homosexuels et les bisexuels d'une part et les hétérosexuels d'autre part. Les difficultés rencontrées au cours du processus d'une recherche (infructueuse) de l'identité homosexuelle ou bisexuelle jouent un rôle central, dans lesquelles l'école et la famille sont d'une extrême importance. Une influence a été constatée pour les variables les plus diverses: un comportement de genre atypique, un comportement sexuel à risque, les problèmes de coming out, un manque de soutien social, les différences culturelles, les brimades (bullying) et la victimisation, etc. Mais le plus souvent, elle n'explique qu'une faible partie de la variance. Il est précisé encore une fois ici que ce n'est pas l'orientation sexuelle qui est la cause de comportements suicidaires accrus, mais il existe des facteurs de risque auxquels les homosexuels et bisexuels sont en partie plus exposés ou même eux seuls sont exposés.

Facteurs de protection: ici, ce sont à nouveau le soutien social et l'effet des lieux de formation qui tiennent le premier rôle. Les écoles peuvent renforcer les individus avec des modèles positifs, un traitement précoce et adéquat de la question de l'homosexualité et la bisexualité, la création d'un climat affirmatif et des guides. Un soutien de l'entourage et de la parenté peut aider à trouver une saine confiance en soi et une identité homosexuelle ou bisexuelle positive. Outre ces influences sociales, il y existe cependant aussi des jeunes qui peuvent surmonter ces problèmes sans acte suicidaire. Ils emploient des stratégies d'ambivalence, de résilience et de coping.

Enfin, les facteurs qui expliquent la survenance d'un acte suicidaire sont complexes et interagissent entre eux, il n'existe pas de personnalité suicidaire prototypique!

Recommandations (cf. chapitre 5): les facteurs de risque et de protection permettent déjà d'induire certaines recommandations. La prévention du suicide est gérée en Suisse de manière très hétérogène et relève avant tout de la responsabilité des cantons. La Confédération a certaines possibilités d'intervention, mais il manque des bases juridiques pour des campagnes nationales d'information, de sensibilisation et d'éducation. Avec la loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé, que le Conseil fédéral a mise en consultation en automne 2008, cette lacune serait comblée. Il y a des mesures à prendre, le rapport de l'Office fédéral de la santé l'a démontré en 2005. Le rapport attirait notamment l'attention sur la faiblesse de l'offre de mesures préventives, sur l'exclusion de nombreux groupes de risque (comme les LGB) et sur l'absence de coordination.

Afin d'obtenir une prévention du suicide spécifique pour les personnes homo-, bi- et transsexuelles, il est important de reconnaître ces catégories comme des groupes à risque de comportement suicidaire accru et, deuxièmement, d'inscrire cette prise de conscience dans les programmes de prévention du suicide privés et publics. Des efforts sont nécessaires à plusieurs niveaux :

École:

- Traitement précoce, régulier et neutre de l'homosexualité et de la bisexualité dans des cadres où il s'agit d'image de soi, de diversité, de société et de modes de vie;
- Inscription de ces notions dans les programmes scolaire et les manuels;
- Préparation des enseignants dans la formation initiale et continue;
- Élaboration de règles scolaires et de politiques de diversité qui tiennent compte de toutes les orientations et identités sexuelles.

Domaines social et santé:

- Sensibilisation des services et antennes de conseil et éducation des jeunes aux questions d'orientation sexuelle et d'identité
- Préparation des spécialistes des domaines Social et Santé aux questions d'orientation et d'identité sexuelles.

Société:

Programmes de sensibilisation visant à déstigmatiser l'homosexualité, la bisexualité et la transsexualité. Publics-cibles:

- médias
- politique et autorités
- familles et leurs organisations
- monde du travail
- organisations sociales particulières permettant d'atteindre l'entourage des homo-, bi-, et transsexuels.

Bibliographie

Sources Internet

OFS 2008: Office fédéral de la statistique, Neuchâtel: Mortalité, causes de décès - Données, indicateurs Décès: nombre, évolution et causes, d'après l'âge, femmes. je-f-14.02.05.02: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04/key/01.html>.
Dernier accès le 4 septembre 2008.

OFS 2008: Office fédéral de la statistique, Neuchâtel: Mortalité, causes de décès - Données, indicateurs Décès: nombre, évolution et causes, d'après l'âge, hommes. je-f-14.02.05.01: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04/key/01.html>
Dernier accès le 4 septembre 2008.

IPSILON 2008: IPSILON, Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz: Vergleich nach Methoden: <http://www.ipsilon.ch/index.php?id=109>. Dernier accès le 30 juillet 2008.

Lexikon zur Psychologie 2002: Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg: Lexikon zur Psychologie, 2002: <http://www.zb.unibe.ch/unicd/daba.php?id=127>. Dernier accès le 05 septembre 2008.

Psychrembel 2008: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin: Psychrembel Online, Klinisches Wörterbuch 261. Auflage: <http://www.wdg.psychrembel.de/Xaver/start.xav>. Dernier accès le 12 septembre 2008.

Psychrembel Pflege 2008: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin: Psychrembel Online, Pflege 2. Auflage: <http://www.wdg.psychrembel.de/Xaver/start.xav>. Dernier accès le 1^{er} septembre 2008.

Psychrembel Sozialmedizin 2008: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin: Psychrembel Online, Sozialmedizin: <http://www.wdg.psychrembel.de/Xaver/start.xav>. Dernier accès le 1^{er} septembre 2008.

Psychrembel Therapie 2008: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin: Psychrembel Online, Handbuch Therapie 3. Auflage: <http://www.wdg.psychrembel.de/Xaver/start.xav>. Dernier accès le 12 septembre 2008.

OMS 2008: Organisation mondiale de la santé, Genève: Suisse [pdf 55kb]: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html.
Dernier accès le 31 juillet 2008.

Bibliographie

Allport 1954: Allport G: The Nature of Prejudice. Cambridge 1954.

BAG 2005: Office fédéral de la santé publique (éd.): suicide et prévention du suicide en Suisse. Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251). 2005.

Bagley et Tremblay 1997: Bagley C, Tremblay P: Suicidal Behaviors in Homosexual and Bisexual Males. *Crisis* 1997; 18(1): 25-34.

Bagley et Tremblay 2000: Bagley C, Tremblay P: Elevated Rates of Suicidal Behavior in Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. *Crisis* 2000; 21(3): 111-117.

Bell et Weinberg 1978: Bell AP, Weinberg MS: Homosexualities. A Study of Diversity Among Men and Women. New York, 1978.

Biechele 2004: Biechele U: Identitätsentwicklung schwuler Jugendlicher. Eine Befragung deutschsprachiger junger Schwuler in der schwulen Szene sowie im Internet. Ludwigshafen am Rhein, 2004.

Bontempo et D'Augelli 2002: Bontempo DE, D'Augelli AR: Effects of At-School Victimization and Sexual Orientation on Lesbian, Gay, or Bisexual Youths' Health Risk Behavior. *Journal of Adolescent Health* 2002; 30(5): 364-374.

Botnick et al. 2002: Botnick MR, van Heath K, Cornelisse PGA et al.: Correlates of Suicide Attempts in an Open Cohort of Young Men who Have Sex with Men (Manuskript). *Canadian Journal of Public Health* 2002; 93(1): 59-62.

Bronfenbrenner 1997: Bronfenbrenner U: Ecological Models of Human Development. In: Gauvain M, Cole M (Hrsg.): Readings on the Development of Children. New York, 1997.

Cato et Canetto 2003: Cato JE, Canetto SS: Attitudes and Beliefs About Suicidal Behavior when Coming Out Is the Precipitant of the Suicidal Behavior. *Sex Roles* 2003; 49(9/10): 497-505.

Clark et al. 1996: Clark L, Marsh GW, Davis M, et al.: Adolescent Health Promotion en a Low-Income, Urban Environment. *Family and Community Health* 1996; 19(1): 1-13.

Cochand et Singy 2001: Cochand P, Singy P: Développement d'identité et risques de contamination par le vih chez les jeunes homosexuels et bisexuels en suisse romande. Service de Psychiatrie de Liaison, Département Universitaire de Psychiatrie Adulte. Lausanne, 2001.

Cochran et Mays 2000: Cochran SD, Mays VM: Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders Among Men Reporting Same-Sexual Partners: Results from NHANES III. *American Journal of Public Health* 2000; 90: 573-578.

Cover 2005: Cover R: Queer Subjects of Suicide: Cultural Studies, Sexuality and Youth Suicide Concepts in New Zealand. *New Zealand Sociology* 2005; 20(1): 78-101.

D'Augelli et al. 2005: D'Augelli AR, Grossman AH, Salter PH et al.: Predicting the Suicide Attempts of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth (Manuskript). *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2005; 35(6): 646-660.

Dennert 2006: Dennert G, Die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen – eine Übersicht europäischer Studien. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 2006; 38(3): 559-576.

Dick 2002: Dick, A., Suizid und Unfälle. In: Flammer, A Alsaker F (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschliessung innerer und äusserer Welten im Jugendalter*. Bern, 2002: 325-342.

Eisenberg et Resnick 2006: Eisenberg ME, Resnick MD: Suicidality Among Gay, Lesbian and Bisexual Youth: The Role of Protective Factors. *Journal of Adolescent Health* 2006; 39: 662-668.

Evans et al. 2004: Evans E, Hawton K, Rodham K: Factors Associated with Suicidal Phenomena en Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Clinical Psychology Review* 2004; 24: 957-979.

Faistauer et Plöderl 2006: Faistauer G, Plöderl M: Out in der Schule – Schwule Männer über ihre Schulzeit. HOSI Salzburg, www.hosi.or.at.

Faulkner et Cranston 1998: Faulkner AH, Cranston K: Correlates of Same-Sex Sexual Behavior in a Random Sample of Massachusetts High School Students. *American Journal of Public Health*; 88: 262-266.

Fenaughty et Harré 2003: Fenaughty J, Harré N: Life on the Seesaw: A Qualitative Study of Suicide Resiliency Factors for Young Gay Men. *Journal of Homosexuality* 2003; 45(1): 1-22.

Fergusson et al. 2005: Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM et al.: Sexual Orientation and Mental Health in a Birth Cohort of Young Adults. *Psychological Medicine* 2005; 35: 971-981.

Fitzpatrick et al. 2005: Fitzpatrick KK, Euton SJ, Jones JN et al.: genre Role, Sexual Orientation and Suicide Risk. *Journal of Affective Disorders* 2005; 87: 35-42.

Friedman et al. 2006: Friedman MS, Koeske GF, Silvestre AJ et al.: The Impact of genre-Role Nonconforming Behavior, Bullying, and Social Support on Suicidalilty Among Gay Male Youth. Journal of Adolescent Health 2006; 38: 621-623.

Garofalo et al. 1999: Garofalo R, Wolf RC, Lawrence R et al.: Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts Among a Representative Sample of Youth. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 1999; 152: 487-493.

Gibson 1989: Gibson P: Gay Male and Lesbian Youth Suicide. In: Feinlieb MR (Hrsg.): Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide Bd. 3., U.S. Departement of Health and Human Services, 1989: 115-147.

Gilman et al. 2001: Gilman SE, Cochran SD, Mays VM et al.: Risk of Psychiatric Disorders Among Individuals Reporting Same-Sex Sexual Partners en the National Comorbidity Survey. American Journal of Public Health 2001; 91: 933-939.

Goffman 1963/2001: Goffman I: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main, 1963/2001.

Goodenow et al. 2006: 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.

Häusermann et Wang 2003: Häusermann M, Wang J: Projet santé gaie. Les premiers résultats de l'enquête sur la santé des hommes gais de Genève. Dialogai Genève, 2003.

Hepp et al. 2002: Hepp U, Klaghofer R, Burkhard-Kübler R. et al.: Behandlungsverläufe transsexueller Patienten. Eine katamnestische Untersuchung. Nervenarzt 2002; 73(3): 283-288.

Herell et al. 1999: Herell R, Goldberg J, True WR et al.: Sexual Orientation and Suicidality. Archives of General Psychiatry 1999; 56: 867-874.

Hofsäss 1999: Hofsäss T: Exkurs zum Suizidalverhalten von Jugendlichen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung. In: Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen (Hrsg.): Sie liebt sie. Er liebt ihn. Eine Studie zur psychosozialen Situation junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin. Berlin, 1999: 82-88.

Klein et al. 1990: Klein F, Sepekoff B, Wolf T: Klein Sexual Orientation Guide. In: Geller T (Hrsg): Bisexuality. A Reader and a Sourcebook. California, 1990: 64-81.

Kosky 1982: Kosky R: Suicide and Attempted Suicide Among Australian Children. The Medical Journal of Australia 1982; 1(3): 124-126.

Lebson 2002: Lebson M: Suicide Among Homosexual Youth. Journal of Homosexuality 2002; 42(4): 107-117.

Lewinsohn et al. 1995: Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR: Adolescent Psychopathology. III. The Clinical Consequences of Comorbidity. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1995; 34: 510-519.

Li Kitts 2005: Li Kitts R: Gay Adolescents and Suicide: Understanding the Association. Adolescence 2005; 40(159): 621-628.

Mathy 2002: Mathy RM: Suicidality and Sexual Orientation in Five Continents: Asia, Australia, Europe, North America, and South Amerienv. International Journal of Sexuality and genre Studies 2002; 7(2/3): 215-225.

Morrison et L'Heureux 2001: Morrison LL, L'Heureux J: Suicide and Gay/Lesbian/Bisexual Youth: Implications for Clinicians. Journal of Adolescence 2001; 24: 39-49.

Paul et al. 2002: Paul JP, Catania J, Pollack L. et al.: Suicide Attempts Among Gay and Bisexual Men: Lifetime Prevalence and Antecedents. American Journal of Public Health 2002; 92(8): 1338-1345.

Plöderl 2005: Plöderl M: Sexuelle Orientierung, Suizidalität und psychische Gesundheit. Basel, 2005.

Plöderl et al. 2006: Plöderl M, Sauer J, Fartacek R: Suizidalität und psychische Gesundheit von homo- und bisexuellen Männern und Frauen – Eine Metaanalyse internationaler Zufallsstichproben. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 2006; 38(3): 537-558.

Qin et al. 2003: Qin P, Agerbo E, Mortensen PB: Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981-1997. American Journal of Psychiatry 2003; 160(4): 765-772.

Remafedi 2002: Remafedi G: Suicidality in a Venue-based Sample of Young Men who Have Sex With Men. Journal of Adolescent Health 2002; 31: 305-310.

Richardson et Waite 2002: Richardson GE, Waite PJ: Mental Health Promotion Through Resilience and Resiliency Education. International Journal of Emergency Mental Health 2002; 4: 65-75.

Robin et al. 2002: Robin L, Brener ND, Donahue SF et al.: Associations between Health Risk Behaviors and Opposite-, Same-, and Both-Sex Sexual Partners in Representative Samples of Vermont and Massachusetts High School Students. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2002; 156: 349-355.

Rofes 1983: Rofes E: « I Thought People Like that Killed Themselves. » Lesbians, Gay Men and Suicide. San Francisco, 1984.

Russell et al. 2000: Russell GM, Bohan JS, Lilly D: Queer Youth: Old Stories, New Stories. In: Jones SL (Hrsg.): *A Sea of Stories: The Shaping Power of Narrative in Gay and Lesbian Cultures*. New York, 2000: 69-92.

Russell et Joyner 2001: Russell ST, Joyner K: Adolescent Sexual Orientation and Suicide Risk: Evidence from a National Study. *American Journal of Public Health* 2001; 91(8): 1276-1281.

Savin-Williams 2001: Savin-Williams RC: Suicide Attempts Among Sexual-Minority Youths: Population and Measurement Issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69(6): 983-991.

Scourfield et al. 2008: Scourfield J, Roen K, McDermott L: Lesbian, Gay and Transgender Young People's Experiences of Distress: Resilience, Ambivalence and Self-Destructive Behaviour. *Health and Social Care in the Community* 2008; 16(3): 329-336.

Senatsverwaltung 1999: Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen: Sie liebt sie. Er liebt ihn. Eine Studie zur psychosozialen Situation junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin. Berlin, 1999.

Siegel et Meyer 1999: Siegel K, Meyer I: Hope and Resilience in Suicide Ideation and Behavior of Gay and Bisexual Men Following Notification of VIH Infection. *SIDA Education and Prevention* 1999; 11(1): 53-64.

Skegg et al 2003: Skegg K, Shyamala NR, Dickson N et al.: Sexual Orientation and Selfharm in Men and Women. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 541-546.

SMASH 2002: Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento, et al.: *Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse* SMASH 2002: Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health 2002. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne, 2004.

Turner et al. 1998: Turner C, Ku L, Lindberg L et al.: Adolescent Sexual Behavior, Drug Use, and Violence: Increased Reporting with Computer Survey Technology. *Science* 1998; 280: 867-973.

Untersee et Kauer 2008: Untersee M, Kauer M: Homo? Hetero? Bi? Sexuelle Orientierungen thematisieren. In: Rhyner T, Zumwald B (Hrsg.): Coole Mädchen – starke Jungs. Impulse und Praxistipps für eine geschlechterbewusste Schule. Bern, 2008: 55-63.

Völkle 2006: Völkle H: Suizid bei jungen Homosexuellen. Bündnis Magazin. Gesundheitsdirektion des Kantons Zug. Zug, 2006: 46-47.

Wang et al.: Wang J, Häusermann M, Wydler H, et al.: Suicidality and Sexual Orientation Among Men in Switzerland. Referat anlässlich der Swiss Public Health Conference in Olten im Juni 2007.

Weissman et al. 1999: Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al.: Prevalence of Suicide Ideation and Suicide Attempts in Nine Countries. *Psychological Medicine* 1999; 29: 9-17.

Wichstrøm et Hegna 2003: Wichstrøm L, Hegna K: Sexual Orientation and Suicide Attempt: A Longitudinal Study of the General Norwegian Adolescent Population. *Journal of Abnormal Psychology* 2003; 112(1): 144-151.

Wunderlich 2004: Wunderlich U, Suizidales Verhalten im Jugendalter. Theorien, Erklärungsmodelle und Risikofaktoren. Göttingen, 2004.

Liste des abréviations

- SIDA*: Syndrome d'immunodéficience acquis
- OFSP*: Office fédéral de la santé publique, Suisse.
- OFS*: Office fédéral de la statistique, Suisse.
- DSM*: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- Fels*: Amis et parents de gais et lesbiennes, Suisse.
- HIV*: cf. VIH
- LOS*: Organisation suisse des lesbiennes.
- LGB*: Lesbiennes, gais et bisexuels.
- HSH*: Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.
- OR*: odds-ratio ou rapport des chances
- SMASH*: Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health.
- VIH*: Virus de l'immunodéficience humaine
- OMS*: Organisation mondiale de la santé.

Lexique

Adolescence: « période de la vie non délimitée uniformément dans le temps entre (le début ou la fin de) la puberté et l'âge adulte » (D'après: Psychrembel 2008:).

Androgynie: « [...] désignation applicable aux deux sexes pour une manifestation mixte non univoque de caractères psychiques considérés comme typiquement masculins ou féminins » (D'après: Psychrembel 2008).

Bisexualité: « désignation d'un intérêt et d'une activité sexuelle orientés dans la même mesure sur des partenaires des deux sexes [...] » (D'après: Psychrembel Pflege 2008).

Broken Home: « [...] désigne une famille dans laquelle il manque une personne assumant la responsabilité de l'éducation ou dans laquelle, bien qu'elle soit complète, les liens émotionnels n'existent pas (plus) » (D'après: Psychrembel 2008).

Coming out: « [...] désignation de la période biographique où une personne constate ses tendances sexuelles déviant des normes (le plus souvent l'homosexualité), les reconnaît pour elle-même et les communique à son entourage » (D'après: Psychrembel Pflege 2008).

Comorbidité: « La présence de deux ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou à une maladie primaire sans qu'une relation entre eux soit reconnaissable [...] » (D'après: Psychrembel 2008).

Comportements suicidaires: « Mise en danger de suicide, intention suicidaire. L'éventail des réalisations va des formes passives (désir de paix, interruption de la vie comme tentative de résolution de problèmes) aux pensées suicidaires avec tentation croissante d'agir et jusqu'aux actes suicidaires parfois impulsifs avec ou sans plan ou annonce. De nombreuses tentatives de suicide ou suicides ne résultent d'aucune intention suicidaire explicite [...]. En dehors des possibilités de traitement médical le « suicide-bilan » ou mort volontaire est rare lorsque la capacité de décider est entière » (D'après: Psychrembel Therapie 2008).

Coping: « (psychologie) comportement propre à maîtriser des situations difficiles; sens méd.: comportement de lutte contre la maladie surtout chez les patients atteints de maladies chroniques, de handicaps ou ayant reçu un pronostic défavorable [...] » (D'après: Psychrembel 2008).

Cross-gender: divergence entre le sexe biologique et le genre (Fitzpatrick et al. 2005:36).

Dépression majeure: (également « dépression aiguë » ou « épisode dépressif » trouble psychique avec humeur triste, abattue, perspectives d'avenir pessimistes, perte d'intérêt, absence de joie et de sentiments, inhibition du dynamisme et de la pensée, manque d'énergie et de force, diminution de la confiance en soi, perte d'appétit, perturbations du sommeil, peur et tendance au comportement suicidaire [...] » (D'après: Psychrembel Therapie 2008).

DSM: « Abr. pour Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel Diagnostique et statique des troubles psychiques); manuel édité par l'association américaine des psychiatres (APA) pour la classification et l'unification de la nomenclature psychiatrique, dans sa 4^e édition (DSM-IV) de 1994 (édition française 1996) » (D'après: Psychrembel 2008).

Fétichisme: « comportement sexuel spécialisé, caractérisé par une excitation sexuelle provoquée par des objets, par exemple des parties du corps en dehors de la zone génitale (pieds, cheveux), des objets (vêtements) ou des matières (cuir, caoutchouc), qui sont en rapport avec l'objet de l'amour ou le remplacent » (D'après: Psychrembel 2008).

Genre: « terme qui recouvre les rôles sexuels social et culturel des femmes et des hommes, qui sont acquis et donc en principe modifiables [...] » (D'après: Psychrembel Sozialmedizin 2008).

Groupe de pairs: « groupe de personnes de même rang, par exemple de même âge, milieu de référence; le terme anglais peergroup est repris en allemand et est utilisé notamment en psychologie du développement pour la désignation de groupes, de cercles d'amis et de cliques de jeunes » (D'après: Psychrembel Pflege 2008).

Hétérosexisme: « [...] est le terreau de l'homophobie et est signalé par un système de pensée et de comportement social et institutionnalisé qui situe l'hétérosexualité au-dessus des autres formes d'orientation sexuelle [...] » (D'après: Untersee et Kauer 2008:60).

Hétérosexualité: « désignation de l'orientation sexuelle, de l'excitabilité et de l'activité vis-à-vis des partenaires de l'autre sexe; forme la plus fréquente du comportement sexuel [...] » (D'après: Psychrembel 2008).

Homophobie: « [...] attitude des personnes hétérosexuelles de rejet des lesbiennes et gais. [...] L'homophobie sert au contrôle social et contribue à conserver certaines valeurs et représentations de la «virilité» et de la «féminité» ainsi que la répartition traditionnelle des rôles, et à prescrire/et donc implicitement à proscrire certains modes de comportement [...] » (D'après: Untersee et Kauer 2008:60).

Homosexualité: « Désignation de l'orientation, de l'excitabilité et de l'activité sexuelle orientée sur des partenaires de même sexe; la genèse est peu connue; commencement précoce, découverte le

plus souvent pendant la jeunesse, souvent liée à de violents mécanismes de rejet, qui ne sont surmontés que lors de l'identification de l'identité homosexuelle (« coming out ») » (D'après: Psychrembel 2008).

Intersexualité: « terme générique couvrant les troubles de la différenciation sexuelle avant la naissance, caractérisés par un développement plus ou moins marqué des organes sexuels internes et externes en contradiction avec la détermination chromosomique du sexe [...] » (D'après: Psychrembel 2008).

Orientation sexuelle: « Désignation (plus ou moins univoque) de l'orientation de l'intérêt sexuel (fantasmes, désirs) sur des objets sexuels déterminés et de la préférence pour ceux-ci lors d'activités sexuelles [...] » (D'après: Psychrembel Pflège 2008).

Para-suicide: « comportement intentionnellement automutilant sans issue fatale, par exemple coupure ou brûlure, abus de médicaments, saut d'une faible hauteur » (D'après: Psychrembel 2008).

Pédophilie: « désignation d'un comportement sexuel déviant classé parmi les paraphilies, dans lequel l'excitation et la satisfaction sexuelles sont atteintes majoritairement ou exclusivement par des actes sexuels avec des enfants en dessous de 14 ans; scientifiquement, le terme n'est applicable qu'aux personnes d'au moins seize ans qui recherchent le contact avec des enfants ayant au moins 5 ans de moins qu'eux, c'est-à-dire que la personne recherche uniquement des enfants pré-pubères » (D'après: Psychrembel 2008).

Polymorbidité: « coexistence simultanée de plusieurs pathologies » (D'après: Psychrembel 2008).

Poppers: « Ester d'acide salpétrique; liquide volatil explosif vasodilatateur, effet à court terme hypotenseur et spasmolytique; prescrit autrefois en inhalation pour l'angina pectoris, l'asthme bronchial et la migraine; *utilisé abusivement à des fins de stimulation sexuelle (sog. Poppers)* [l'auteur souligne] » (D'après: Psychrembel 2008).

Prévalence: « nombre de cas d'une maladie donnée ou fréquence d'une caractéristique donnée à un moment donné (prévalence ponctuelle) ou à l'intérieur d'une période donnée (prévalence périodique); épidémiologie: unité de mesure de la caractérisation de l'évolution d'une maladie dans une population donnée [...] » (D'après: Psychrembel 2008).

Psychopathologie: « au sens étroit méthodologie scientifique de recensement, description et de classification diagnostique de phénomènes psychiques déviant de la norme. Il y a lieu de tenir compte, en plus des causes des troubles psychiques, des problèmes éthiques que pose une normalisation du comportement et du vécu humains; au sens large, la psychopathologie et son vocabulaire servent à la description complète, pluridimensionnelle et caractéristique des troubles psychiques en unités pathologiques [...] » (D'après: Psychrembel Sozialmedizin 2008).

Puberté: « Période de développement de la personne depuis le début de la formation des caractères sexuels secondaires jusqu'à la maturité sexuelle, qui entraîne de profonds changements dans les domaines corporel, mental et social [...] » (D'après: Psychrembel 2008).

Résilience: « La «résilience» caractérise la force psychique et physique de traverser des crises personnelles telles que de graves maladies, de longues périodes de chômage ou la perte d'un être cher sans séquelles durables. Les facteurs essentiels qui favorisent la résilience sont l'environnement social et économique de l'intéressé, sa vitalité biologique et sa plus ou moins grande propension à aborder les problèmes sous l'angle de la solution [...] » (D'après: BAG 2005:19, après Richardson et Waite 2002).

Schizophrénie: « [...] psychose non organique accompagnée de troubles caractéristiques, mais multiformes de la personnalité (du moi ou du vécu personnel), de la pensée, de la perception, du contrôle de la réalité et de l'affectivité sans perte de clarté de la conscience, sans pathologie cérébrale organique reconnaissable ni impact de substances psychédéliques [...] » (D'après: Psychrembel 2008).

Social Support: « entraide échangée entre des personnes ou des groupes sous forme de soutien émotionnel, instrumental ou informationnel [...] » (D'après: Psychrembel Sozialmedizin 2008).

Suicide: « acte de se tuer intentionnellement soit par réaction à une crise personnelle (suicide-bilan), soit comme expression d'une auto-agression ou d'un désir de mettre fin à une situation de souffrance; souvent généré par des troubles psychiques (surtout des troubles dépressifs et schizophréniques, dépendances); genèse multifactorielle » (D'après: Psychrembel 2008).

Tentative de suicide: « tentative de se donner la mort sans issue fatale [...] » (D'après: Psychrembel 2008).

Transsexualité: « Trouble aigu de l'identité sexuelle chez les personnes de sexe indubitablement masculin ou féminin (aucune intersexualité) consistant à se percevoir psychiquement à tous points de vue comme appartenant à l'autre sexe et à rejeter son propre sexe physiologique. La t. est représentée chez les deux sexes et doit être strictement séparée de l'homosexualité et du transvestisme; les transsexuels sont généralement hétérosexuels, ils sont souvent en proie à une grande souffrance » (D'après: Psychrembel 2008).

Troubles affectifs bipolaires : « Forme de trouble affectif avec épisodes réitérés (au moins 2), où le niveau d'humeur, de dynamisme et d'activité du sujet est nettement modifié par l'apparition de symptômes d'une dépression ou de manie, mais aussi d'états hypomaniaques, pré-dépressifs ou

mixtes (jusqu'à 40 % des patients) [...] » (D'après: Psychrembel 2008: article « troubles affectifs bipolaires »).

Troubles anxieux: « trouble psychique dont le principal symptôme est la peur [...] » (D'après: Psychrembel 2008: article « troubles anxieux »).

Trouble de la personnalité antisocial: « trouble de la personnalité spécifique avec net décalage entre le comportement extériorisé et les normes sociales en vigueur ainsi que d'autres caractéristiques [...] » (D'après: Psychrembel 2008).

Trouble de la personnalité borderline: « désignation d'une organisation pathologique de la personnalité avec une faiblesse structurelle du Moi (diffusion de l'identité), qui se traduit par un mode de fonctionnement profondément instable dans les relations interpersonnelles et dans les affects [...] » (D'après: Psychrembel 2008).

Trouble narcissique de la personnalité: « Forme de trouble de la personnalité avec mégalomanie, besoin d'admiration et manque de compassion [...] » (D'après: Psychrembel 2008).

Victimisation: « Pousser une personne ou un groupe dans un rôle de victime [...] » (D'après: Lexikon zur Psychologie 2002: article « victimisation »).

Zoophilie: « Inclination sexuelle orientée vers les animaux et actes sexuels avec ceux-ci [...] » (D'après: Psychrembel 2008).

Annexes

Annexe 1: Abstract Wang et al.

Projet santé gaie SPHC 07 in submission

Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland

Jen Wang^{1,3}, Michael Häusermann², Hans Wydler¹, Meichun Mohler-Kuo¹, Mitchell G. Weiss³

¹ Institute for Social and Preventive Medicine, University of Zurich; ² Dialogai, Geneva; ³ Swiss Tropical Institute, Basel

Background: In the past decade, compelling evidence of higher risk for suicidality associated with homosexual orientation has come from birth cohorts, twin studies, large-scale adolescent health surveys, and even a national health survey. Nevertheless, the issue remains largely invisible in mainstream suicide prevention programs and strategies in Switzerland.

Methods: The Geneva Gay Men's Health Survey (GGMHS) used probability time-space sampling to draw a representative sample of 571 gay/bisexual men at physical and virtual meeting points in 2002. Using computer-assisted self-completed interviews, questions on suicidality were measured using questions by Paykel, and 12-month major depression was measured using CIDI-SF. The Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health (SMASH) drew a representative sample of 16-20 year olds in the secondary and post-compulsory school systems using a two-stage cluster procedure in 2002. The questions on suicidality were comparable to those by Paykel.

Results: In the GGMHS, suicide ideation (in the past 12 months/lifetime) was reported by 22%/55%, suicide plans 12%/38%, and suicide attempt 4%/19%. Nineteen percent of the men fulfilled CIDI-SF criteria for major depression in the past 12 months, and an additional 18% were subthreshold. The average and median age at first suicide attempt was 20 years (25% quartile = 15 years, 75% quartile = 25 years). Twelve-month suicidality was most prevalent among men 25 years and below: suicide ideation 35%, plans 18%, and attempt 12%. Lacking similar data for the general population, we used the SMASH dataset to compare male respondents reporting homo/bisexual attraction (n=65) to those reporting heterosexual attraction only (n=2932). Male respondents reporting homo/bisexual attraction were more likely to report suicide ideation OR=2.26 (95% CI=1.31-3.89), plans OR=2.18 (95% CI=1.28-3.72), and attempt OR=2.09 (95% CI=0.50-8.81) in the past 12 months and suicide attempt OR=5.36 (95% CI=2.57-11.2) lifetime.

Conclusion: These data confirm high rates of suicidality among gay/bisexual men and adolescents in Switzerland. While men 25 years and below appear to be at particular risk, suicidality remains an issue even among older gay men, buoyed by high rates of major depression across all age groups. Suicide prevention and mental health programs need to address the relevance of sexual orientation in their work and treat this population as a priority.

Annexe 2: Tableau « Détails des études »

Étude	Échantillon de population	Proportion de personnes non-hétérosexuelles; définitions de l'orientation sexuelle; méthode
Bagley et Tremblay 1997 _a)	750 hommes (18-27 ans), Calgary, Canada, 1992	10.9% se désignent comme homosexuels ou bisexuels ou ont eu au cours des six derniers mois des contacts sexuels avec des hommes; questionnaires informatisés
Biechele 2004	353 hommes (15-25 ans), Allemagne et Internet	participants par étude déjà présélectionnés. auto-identification; questionnaire
Botnik et al. 2002	345 hommes (18-30 ans), Vancouver, Canada, 1995	auto-identification en tant qu'homosexuels ou bisexuels ou rapports sexuels avec d'autres hommes et séronégatifs; questionnaire
Cochand et Singy 2001	123 hommes (16-25 ans), Suisse romande, 1999	participants par étude déjà présélectionnés. auto-identification en tant qu'homosexuels (82.9%), bisexuels (11.4%) ou incertains ou sans réponse (5.7%); questionnaire
Cochran et Mays 2000 _a)	3648 hommes (>17 ans) Etats-Unis, 1988-1994	2.2% des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des personnes de même sexe; Interview
D'Augelli et al. 2005	361 jeunes (15-19 ans), New York, Etats-Unis, 2003	participants par étude déjà présélectionnés. auto-identification en tant qu'homosexuels ou bisexuels ou encore incertains; Interview
Eisenberg et Resnick 2006	21927 jeunes (6 ^e , 9 ^e , 12 ^e classe), Minnesota, Etats-Unis, 2004	uniquement des personnes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois. 10.3% ont eu au moins une fois un rapport sexuel de même sexe au cours des 12 derniers mois (1452 hommes et 803 femmes); questionnaire
Faistauer et Plöderl 2006	468 hommes (18-45 ans), Autriche, 2005	participants par étude présélectionnés. En majorité des hommes homosexuels (89%), 11% bisexuels et 1% incertains; questionnaire sur gayromeo.com
Faulkner et Cranston 1998 _a)	3054 jeunes, Massachusetts, USA 1993	6.4% des jeunes sexuellement expérimentés avaient eu des contacts sexuels avec au moins une personne de même sexe; questionnaire
Fergusson et al. 2005 _a)	967 jeunes adultes, 25 ans, Nouvelle Zélande	au moyen d'analyse classe latente de comportement, identification et attrait dans la classe d'âge 21 - 25 ans : 18.1% des femmes et 6.3% des hommes ont été classifiés homosexuels ou bisexuels.
Garofalo et al. 1999 _a)	3365 jeunes, Massachusetts, Etats-Unis 1995	3.8% des jeunes se désignent comme lesbiennes, bisexuels ou incertains; questionnaire
Gilman et al. 2001 _a)	4910 jeunes et adultes (>15 ans), Etats-Unis, 1990-1992	2.1% des hommes et 1.5% des femmes avaient eu au cours des cinq dernières années des rapports sexuels avec au moins une personne du même sexe; Interview
Goodenow et al. 2006	3637 jeunes, Massachusetts, Etats-Unis, étude en milieu scolaire de 1999	202 lesbiennes, gais et bisexuels sélectionnés par auto-identification et/ou contacts sexuels de même sexe; questionnaire
Häusermann et Wang 2003	471 hommes (15-84 ans), Genève, Suisse, 2002	participants par étude présélectionnés. 87% homosexuels, 12% bisexuels et 1% hétérosexuels; groupes d'intérêt puis questionnaire.

Herell et al. 1999a)	206 adultes hommes, Etats-Unis	1.8% avaient eu un partenaire sexuel de même sexe après leur 18 ^e anniversaire; interview par téléphone
Mathy 2002	36830 adultes (âge moyen 28-35 ans), monde entier, 2000.	personnes homosexuelles et bisexuelles sélectionnées par auto-identification (4458/36830(12)); questionnaire via Internet
Paul et al. 2002	2881 hommes (>18 ans), Chicago, Los Angeles, New York, San Francisco, Etats-Unis 1996-1998	participants par étude déjà présélectionnés. Sexe avec hommes depuis la 14 ^e année ou auto-identification en tant qu'homosexuels ou bisexuels; interview par téléphone
Plöderl 2005	625 adultes (15-74 ans, âge moyen 35-36 ans), Autriche 2002-2004	classement en orientation sexuelle au moyen de trois variables (fantasmes sexuels, sexe désiré du partenaire sexuel, auto-désignation). 358 participants se désignent comme homosexuels ou bisexuels (252 et 106); questionnaire
Remafedi 2002	255 hommes (16-25 ans), Minneapolis/St. Paul, Etats-Unis, 1999	participants par étude déjà présélectionnés. Sexe avec hommes au cours des 12 derniers mois; Interviews
Robin et al. 2002 Massachusettsa)	4176 jeunes, Massachusetts, Etats-Unis, 1995+1997	5% au Massachusetts avaient eu des contacts sexuels avec des personnes de même sexe; questionnaire
Robin et al. 2002 Vermonta)	7458 jeunes, Vermont, Etats-Unis, 1995+1997	8% des jeunes au Vermont avaient eu des rapports sexuels avec des personnes de même sexe; questionnaire
Russell et Joyner 2001a)	11940 jeunes, Etats-Unis	8.0% des jeunes hommes et 6.6% des jeunes femmes avaient eu une fois à un moment quelconque une relation amoureuse ou avaient été amoureux de personnes du même sexe; interview audio assistée par ordinateur
Senatsverwaltung Berlin 1999	217 jeunes (15-28 ans), Berlin, Allemagne, 1997	participants par étude déjà présélectionnés. auto-désignation 60% des femmes et 79% des hommes se désignent comme homosexuels, 14% des femmes et 10% des hommes comme bisexuels. Les autres n'acceptent pas de désignation, ne savent pas encore ou choisissent une autre désignation; questionnaire
Skegg et al. 2003a)	942 (26 ans), Nouvelle Zélande	11% des hommes et 26% des femmes n'avaient pas éprouvé exclusivement de l'attirance hétérosexuelle (actuellement et par le passé); saisi par ordinateur
Wang et al. inédite	2 échantillons, Häusermann et Wang 2003: 471 hommes (15-84 ans), Genève, Suisse, 2002; SMASH 2002: 2997 hommes (16-20), Suisse	cf. ci-dessus (Häusermann et Wang 2003); SMASH: questions sur l'attirance homosexuelle et bisexuelle (65 hommes); questionnaire

Remarque:

a) Contenu des lignes d'après: Plöderl et al.: 553-557.

Annexe 3: Tableau « Pensées suicidaires »

Étude	Personnes, période	hommes			femmes		
		LGB n/N(%)	Hétéros n/N (%)	OR _a)	LGB n/N(%)	Hétéros n/N(%)	OR _a)
Biechele 2004 ^b)	jeunes (prévalences à vie)	64/334(19)					
Botnik et al. 2002	adultes (prévalences à vie)	150/345(44)					
Cochand et Singy 2001	adultes (prévalences sur six mois)	39/123(32)					
Eisenberg et Resnick 2006	jeunes (prévalences à vie)	656/1452(47)	3127/9220(35)	1.14- 1.86 _c)	567/803(73)	5484/10452(53)	1.21- 2.40 _c)
Fergusson 2005 ^d)	adultes (prévalences sur douze mois)	12/30 (40)	48/439(11)	5.4	21/90 (23)	40/408(10)	2.8
Gilman et al. 2001 ^d)	adultes (prévalences sur douze mois)	1/74 (2)	51/2310(2)	0.7	7/51(14)	97/2475(4)	4
Häusermann et Wang 2003	adultes (prévalences sur douze mois)	103/471(22)					
Mathy 2002	adultes Asie (prévalences à vie)	4/28(14)	20/364(6)	2.9	4/7(58)	8/36(22)	4.7
Mathy 2002	adultes Australie (prévalences à vie)	10/35(29)	36/169(21)	1.5	2/8(25)	7/31(23)	1.1
Mathy 2002	adultes Europe (prévalences à vie)	7/44(16)	36/351(10)	1.7	4/0(0)	8/48(17)	0.8
Mathy 2002	adultes Amérique du Nord (prévalences à vie)	848/3754(23)	3181/25652(12)	2.1	367/1048(35)	1122/5499(20)	2.1
Mathy 2002	adultes Amérique du Sud (prévalences à vie)	9/26(35)	10/152(7)	7.5	1/2(50)	4/37(11)	8.3
Paul et al. 2002	adultes (prévalences à vie)	614/2881(21)					
Plöderl 2005	adultes (prévalences à vie) ^{e) f)}	179/358(50)	58/267(22)	3.6	179/358(50)	58/267(22)	3.6
Plöderl 2005	adultes (prévalences sur douze mois) ^{e) f)}	65/358(18)	18/267(7)	3.7	65/358(18)	18/267(7)	3.7
Remafedi 2002	jeunes (prévalence sur un mois)	47/245(19)					
Senatsverwaltung Berlin 1999	jeunes (prévalences à vie)	62/111(56)			68/106(64)		
Skegg et al. 2003 ^d)	adultes (prévalences sur douze mois)	11/53(21)	33/427(8)	3.1	22/119(18)	25/343(7)	2.9
Wang et al. Santé Gaie ^g)	adultes (prévalences à vie)	259/471(55)					
Wang et al. Santé Gaie ^g)	jeunes (prévalences à vie)	165/471(35)					
Wang et al. SMASH ^g)	jeunes (prévalences à vie)			2.26			

Remarques:

Pour le calcul des prévalences, il a fallu parfois calculer les nombres de cas, ce qui implique que de faibles variations peuvent se produire.

a) Si rien d'autre n'est indiqué, les Odds Ratio ont été calculés avec un intervalle de confiance de 95%.

- b) On n'a tenu compte ici que des pensées suicidaires vraiment sérieuses. 44.9% y ont déjà pensé « vaguement ».
- c) Les auteurs tablent sur un intervalle de confiance de 99%.
- d) Ces résultats ont été tirés de Plöderl et al. 2006.
- e) Faute de différences de comportements suicidaires, les résultats n'ont pas été triés par sexes.
- f) Pour les pensées suicidaires, il a été tenu compte ici uniquement de la variable « pensées suicidaires sérieuses ».
- g) Dans le résumé publié jusqu'ici les données de Häusermann et Wang 2003 font office de groupe étudié. Pour les calculs d'OR, on a tenu compte uniquement des données de l'étude SMASH.

Annexe 4: Tableau « Tentatives de suicide »

Étude	Personnes, période	Hommes			Femmes		
		LGB n/N(%)	Hétéros n/N (%)	ORa)	LGB n/N(%)	Hétéros n/N(%)	ORa)
Bagley et Tremblay 1997b)	adultes (prévalences à vie)	5/82(6)	3/668(0)	14			
Biechele 2004	jeunes (prévalences à vie)	29/334(9)					
Botnik et al. 2002	adultes (prévalences à vie)	67/345 (19)					
Cochand et Singy 2001	adultes (prévalences à vie)	30/123(24)					
Cochran et Mays 2000b)	adultes (prévalences à vie)	15/78 (19)	116/3214(4)	6.5			
D'Augelli et al. 2005	jeunes (prévalences à vie)	27/202(13)				34/159(21)	
Eisenberg et Resnick 2006	jeunes (prévalences à vie)	402/1452(29)	1135/9220(13)	1.69- 2.98c)	409/803(52)	2559/10452(25)	1.74-3.23c)
Faistauer et Plöderl 2006	adultes (prévalences à vie)	82/468(17)					
Faulkner et Cranston 1998b)	jeunes (prévalences sur douze mois) _{d)}	29/105(12)	209/1563(2)	2.5	29/105(12)	209/1563(2)	2.5
Garofalo et al. 1999b)	jeunes (prévalences sur douze mois)			3.7			1.4
Gilman et al. 2001b)	adultes (prévalences à vie)			2.4			1.5
Goodenow et al. 2006	jeunes (prévalences sur douze mois) _{d)}	58/202(29)	237/3435(7)	5.4e)	58/202(29)	237/3435(7)	5.4e)
Häusermann et Wang 2003	adultes (prévalences à vie)	89/471(19)					
Häusermann et Wang 2003	adultes (prévalences sur douze mois)	19/471(4)					
Hereff et al. 1999b)	adultes (prévalences à vie)	15/103(15)	4/103(4)	6.5			
Mathy 2002	adultes Asie (prévalences à vie)	3/28(11)	8/364(2)	5.3	1/7(14)	5/36(14)	1
Mathy 2002	adultes Australie (prévalences à vie)	6/35(17)	9/169(5)	1.2-11.1	1/8(13)	2/31(7)	2.1
Mathy 2002	adultes Europe (prévalences à vie)	2/44(5)	11/351(3)	1.5	4/0(0)	4/48(8)	0.9
Mathy 2002	adultes Amérique du Nord (prévalences à vie)	312/3754(8)	975/25652(4)	2.3	179/1048(17)	500/5499(9)	2.1
Mathy 2002	adultes Amérique du Sud (prévalences à vie)	3/26(12)	3/152(2)	6.5	0/2(0)	1/37(3)	1
Paul et al. 2002	adultes (prévalences à vie)	343/2881(12)					
Paul et al. 2002	jeunes (prévalences à vie)	242/2881(8)					

Plöderl 2005	adultes (prévalences à vie) d)	51/358(14)	3/267(1)	14.6	51/358(14)	3/207(1)	14.6
Remafedi 2002	jeunes (prévalences à vie)	85/254(34)					
Robin et al. 2002 Massachussets b)	jeunes (prévalences sur douze mois) d)	83/228(36)	490/3948(12)	4	83/228(36)	490/3948(12)	4
Robin et al. 2002 Vermont b)	jeunes (prévalences sur douze mois) d)	187/585(32)	818/6873(12)	3.5	187/585(32)	818/6873(12)	3.5
Russell et Joyner 2001b)	jeunes (prévalences sur douze mois) d)	23/453(5)	105/5233(2)	2.5	51/414(12)	293/5840(5)	2.5
Russell et Joyner 2001b)	jeunes (prévalences sur douze mois) d)	73/867(8)	398/11073(4)	2.5	73/867(8)	398/11073(4)	2.5
Senatsverwaltung Berlin 1999	jeunes (prévalences à vie)	20/111(18)			19/106(18)		
Skegg et al. 2003 b)	adultes (prévalences à vie)	9/53(17)	26/427(6)	3.2	15/119(13)	32/343(9)	1.4
Wang et al. Santé Gaier)	jeunes (prévalences à vie)	57/471(12)					
Wang et al. SMASH f)	jeunes (prévalences sur douze mois)			2.09			
Wang et al. SMASH f)	jeunes (prévalences à vie)			5.36			

Remarques:

Pour le calcul des prévalences, il a fallu parfois calculer les nombres de cas, ce qui implique que de faibles variations peuvent se produire.

a) Si rien d'autre n'est indiqué, les Odds Ratio ont été calculés avec un intervalle de confiance de 95%.

b) Ces résultats ont été tirés de Plöderl et al. 2006.

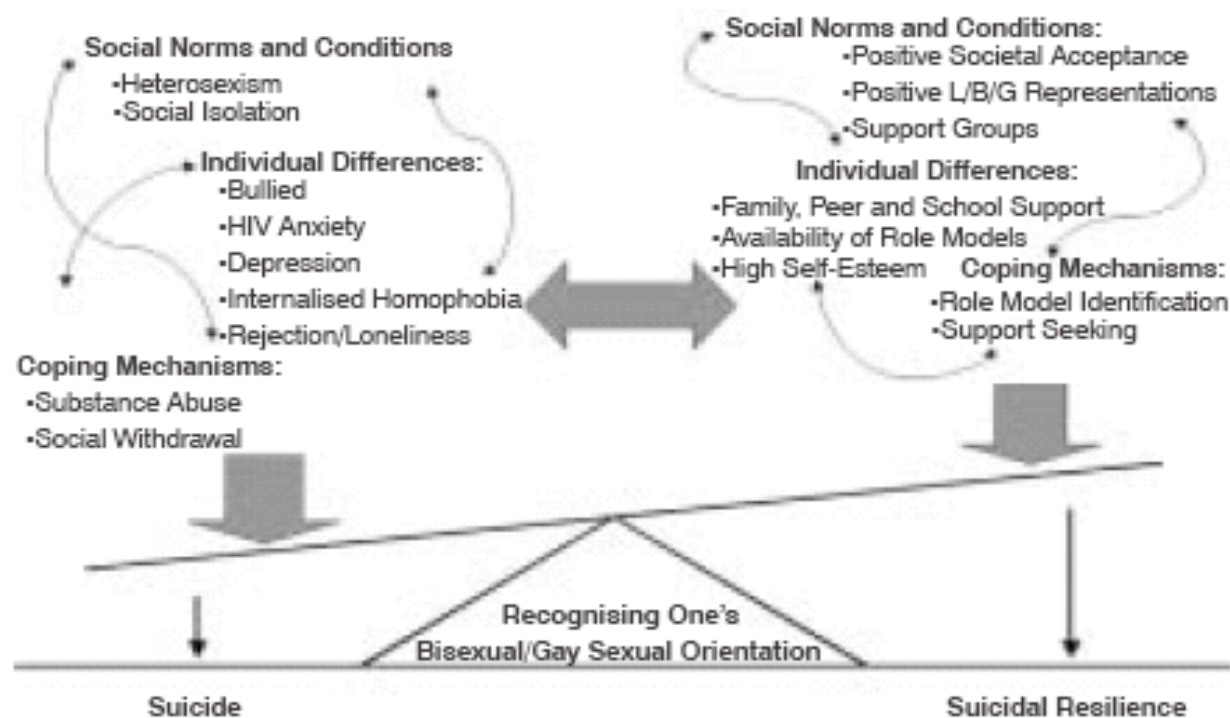
c) Les auteurs tablent sur un intervalle de confiance de 99%.

d) Dans ces études, les tentatives de suicide n'ont pas été triées par sexes.

e) Le Odds Ratio a été calculé sans intervalle de confiance.

f) Dans le résumé publié jusqu'ici les données de Häusermann et Wang 2003 font office de groupe témoin. Pour les calculs d'OR, on a tenu compte uniquement des données de l'étude SMASH. groupe témoin.

Annexe 5: Modèle Seesaw de Fenaughty et Harré (2003)¹⁹



¹⁹ Schéma de Fenaughty et Harré 2003:17.