

Tentatives de suicide à l'adolescence : souffrance singulière et mal-être social

Accueil

Jean-Marie FIRDION

INED

Cette sixième séance du séminaire « Santé, inégalités, ruptures sociales » de l'unité 444 de l'INSERM est consacrée aux « tentatives de suicide à l'adolescence, souffrance singulière et mal-être social ». Nous essaierons d'obtenir des éclairages différents sur ce phénomène, en mettant l'accent sur les histoires singulières de ces adolescents qui se suicident ou tentent de le faire, mais également sur le mal-être social. Nous prendrons, en quelque sorte, la perspective entamée par Emile Durkheim au XIX^{ème} siècle, tout en nous inscrivant dans les grandes préoccupations des programmes nationaux actuels de prévention du suicide. Ces préoccupations sont, bien sûr, celles de la santé publique, mais également d'autres acteurs de l'aide sociale, l'Education nationale et bien d'autres institutions.

Françoise Péquignot, de l'INSERM, va nous éclairer sur ce sujet d'un point de vue statistique, en abordant les difficultés du recueil de données et les problèmes de qualité de ces données.

Suicide, cadrage statistique et qualité des données

Françoise PEQUIGNOT
INSERM

Le Centre d'Epidémiologie sur les Causes Médicales de Décès, dirigé par Eric Jouglu, est chargé, depuis 1968, d'élaborer, chaque année, la statistique nationale des causes médicales de décès. Les pathologies mentionnées sur le certificat de décès sont analysées, puis codées selon les règles de la classification internationale des maladies. De 1979 à 1999, les décès ont été codés selon la neuvième révision. Depuis l'année 2000, ils sont automatiquement codés à l'aide d'un logiciel de saisie vocale, selon la dixième révision.

Je vais vous présenter les données sur les décès par suicide chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Mon exposé comporte deux parties. Je présenterai tout d'abord les données de mortalité sur le suicide, disponibles jusqu'en 1999, l'évolution des taux décès dans le temps et les disparités géographiques. Dans un deuxième temps, j'aborderai la qualité des données, les biais existants, les corrections que nous apportons à nos données pour compenser ces biais, et enfin nous verrons quel est l'impact des biais sur la fiabilité des données.

I. Les données épidémiologiques

1. La situation actuelle

En 1999, pour la population tous âges confondus, 537 459 décès ont été rapportés, répartis de façon très homogène entre les hommes et les femmes. Chez les 15-24 ans, les 4 815 décès de l'année 1999 sont, eux, répartis très différemment : trois décès sur quatre concernent en effet un homme. En 1999, la statistique fait état, dans la population générale, de 10 268 suicides, dont 7 427 suicides masculins. Ainsi, sur dix suicides, sept concernent un homme.

Chez les 15-24 ans, 604 suicides ont été recensés en 1999, dont 477 masculins. C'est donc presque la même proportion que dans la population générale : huit suicides sur dix concernent un jeune homme. La part des suicides dans la mortalité générale est obtenue en rapportant les effectifs de suicides aux effectifs de décès, toutes causes confondues. Dans la population générale, cette part est de 3 % chez les hommes, et de 1 % chez les femmes. Dans la population des 15-24 ans, cette part est beaucoup plus importante : elle est multipliée par quatre chez les hommes – pour atteindre 13 % –, et par dix chez les femmes, pour atteindre 10 %.

Comment se situe le suicide parmi les autres causes de décès ? Chez les 15-24 ans, la première cause de décès est l'accident de la circulation : il concerne un décès sur deux chez les hommes, et quatre décès sur dix chez les femmes. Chez les jeunes hommes, le suicide arrive en deuxième position, assez loin derrière les accidents de la circulation. Chez les jeunes femmes, il arrive en troisième position, derrière les accidents de circulation et toutes les tumeurs confondues.

Le mode de suicide le plus utilisé chez les jeunes de 15 à 24 ans, parmi les hommes comme les femmes, est la pendaison. Cela concerne en effet près d'un décès sur deux chez les jeunes hommes, et quatre décès sur dix chez les jeunes femmes. Ensuite, quatre décès masculins sur dix sont dus aux

armes à feu, alors que les femmes ingèrent plus fréquemment des médicaments (quatre décès sur dix également).

Le taux de décès pour 100 000 habitants est obtenu, par exemple pour la classe d'âge 15-24 ans, en rapportant les effectifs de suicide aux effectifs de population pour la même classe d'âge, le chiffre obtenu étant ensuite multiplié par 100 000. Vous pouvez observer que le taux de décès par suicide, pour les hommes de 15 à 24 ans, est de 12,3 pour 100 000. Il est moins élevé entre 15 et 19 ans, puisqu'il est de 7,5, et atteint 17,4 pour 100 000 entre 20 et 24 ans. Les taux de décès féminins sont nettement inférieurs aux taux de décès masculins : il est de 3,4 pour 100 000 entre 15 et 24 ans, et de 4,3 pour 100 000 entre 20 et 24 ans. On peut en conclure qu'il existe une surmortalité masculine importante concernant le suicide. Lorsque le taux de décès masculin est rapporté au taux de décès féminin, la surmortalité masculine est de 3,6 entre 15 et 24 ans, et de 4 entre 20 et 24 ans.

2. L'évolution dans le temps

Sur vingt années, de 1979 à 1999, les taux de décès par suicide ont globalement diminué. Cette diminution n'est pas très élevée chez les hommes – elle est de 17 %. Durant la période 1983-1995, elle est même très irrégulière : nous observons une diminution entre 1983 et 1987, une stagnation jusqu'en 1991, puis à nouveau une augmentation et une diminution. En revanche, chez les femmes, la diminution est à la fois plus régulière et plus importante : elle est de 31 %.

3. Les disparités géographiques

Nous avons calculé le taux moyen de décès par suicide, pour les 15-24 ans, pour chacune des régions françaises. La période de référence est 1995-1999, afin d'éviter une distribution aléatoire des suicides, puisque selon les régions, les effectifs sont parfois faibles. Nous avons ensuite calculé les variations entre le taux de chaque région et le taux moyen national. Les zones de sous-mortalité correspondent à un taux inférieur de 10 à 20 % à la moyenne nationale, les zones de surmortalité sont caractérisées par une variation supérieure à 10 et 20%..

Les zones de surmortalité sont plutôt situées dans le nord de la France. Les taux les plus élevés concernent, dans l'ordre, la Bretagne, le Poitou-Charentes, la Champagne-Ardenne, la Picardie, la Franche-Comté pour les hommes ; la Bretagne, le Poitou-Charentes, la Basse-Normandie, la Champagne-Ardenne, la Franche-Comté et la Picardie pour les femmes. Les zones de sous-mortalité pour le suicide se trouvent, pour les hommes comme pour les femmes, en Ile-de-France et dans le sud de la France, en particulier dans les régions Pyrénées, Midi-Pyrénées, Centre et région Aquitaine.

Le taux moyen de décès par suicide dans l'Union Européenne était, en 1994, de 11 pour 100 000 chez les hommes, et de 3 pour 100 000 chez les femmes. Les zones de sous-mortalité par suicide correspondent plutôt aux pays du sud de l'Europe, tandis que la surmortalité concerne davantage les pays du nord. Parmi les pays européens, la France se trouve en situation plutôt défavorable. Elle arrive derrière la Finlande et l'Autriche pour les hommes, la Finlande, la Suède et l'Autriche pour les femmes.

II. La qualité des données

La déclaration du suicide et sa quantification dans la statistique nationale sont-elles exhaustives, les données sont-elles fiables ?

1. Les biais existants

Il existe des biais relatifs au suicide, pouvant être issus de deux sources possibles : la certification médicale et la codification médicale. Nous pouvons penser que les biais liés à cette dernière sont mineurs : en effet, la hiérarchisation des causes de décès fait que le suicide est toujours pris en compte en tant que cause initiale, dès l'instant où il est mentionné sur le certificat de décès. En revanche, les biais provenant de la certification médicale sont, eux, assez complexes, et de différents types.

Le médecin peut, par exemple, ne pas vouloir mentionner le suicide sur le certificat de décès, en raison d'une pression familiale : il est en effet toujours difficile, pour une famille, de reconnaître le suicide d'un proche parent. La crainte des compagnies d'assurance, dont les contrats comportent généralement une clause restrictive sur le suicide peut également entraîner la non déclaration du suicide.

Il arrive que le médecin ne sache pas déterminer, en examinant un corps, s'il est en présence d'un accident ou d'un suicide. C'est le cas, par exemple, lorsqu'il y a chute d'un lieu élevé : si la personne était seule, a-t-elle glissé ? S'est-elle volontairement donné la mort ? Dans ce cas, les décès sont codés sous la rubrique de la classification internationale des maladies intitulée « cause indéterminée quant à l'intention ». Par exemple, c'est le cas s'il y a mention, sur le certificat de décès, d'une « plaie par arme à feu », d'une « noyade » ou d'une « chute d'une falaise », sans aucune autre indication.

Enfin, la mort peut être suspecte. Le corps doit alors être examiné par un médecin légiste dans le cadre d'un institut médico-légal. Or certains instituts médico-légaux ne renvoient pas leurs informations médicales au CépîDc de l'INSERM. Le décès est alors codé en « cause inconnue ».

2. Les corrections apportées

Les biais liés aux « causes concurrentes de suicides » que sont les traumatismes indéterminés quant à l'intention et les causes inconnues peuvent masquer des suicides. Pour tenter de rechercher ces biais, nous avons réalisé plusieurs études. Une étude a ainsi été réalisée en 1999, sur 500 cas concernant les traumatismes indéterminés quant à l'intention.; nous avons effectué une enquête complémentaire auprès du médecin certificateur, lui demandant de préciser sa certification. Les résultats de cette étude ont montré que pour les 15-24 ans, 25 % des cas de « traumatismes indéterminés quant à l'intention », étaient des suicides. Nous avons fait un travail analogue sur les « causes inconnues » avec les Instituts médico-légaux de Paris et de Lyon. Là encore, les deux enquêtes ont montré que 25 % des causes inconnues étaient des suicides.

Nous extrapolons les résultats de ces études à nos données. Pour l'année 1999 pour les 15-24 ans, la statistique faisait état de 604 suicides, 153 causes indéterminées quant à l'intention, et 341 causes inconnues. Afin d'estimer plus précisément les suicides nous avons ajouté aux 604 suicides un

quart des 153 décès par cause indéterminée quant à l'intention et un quart des 341 causes inconnues. L'effectif corrigé, ainsi obtenu, est de 728 suicides, représentant une variation de +21 % dans l'estimation des suicides. Pour les hommes et pour les femmes, cette estimation est respectivement de 20 et de 22 %.

Ces mêmes corrections ont été appliquées aux caractéristiques socio-démographiques. L'évolution des taux de suicide entre 1990 et 1999, avant et après correction, montre que, pour les hommes, la diminution était de -13 % avant correction. Elle est de -12 % après correction. Pour les femmes, elle se maintient à -23 %, quelle que soit l'année. En 1990, la surmortalité masculine chez les 15-24 ans était de 3,2 avant correction ; après correction, elle est encore de 3,2. En 1999, elle était de 3,6 avant correction, et de 3,5 après correction.

Les données concernant les disparités géographiques, avant et après correction, ne changent pas significativement. La Bretagne, la Champagne-Ardenne et le Poitou-Charentes restent en zone de surmortalité, de même que l'Ile-de-France reste en zone de sous-mortalité.

3. L'impact des biais

S'il existe une sous-estimation importante de la fréquence des suicides dans la statistique nationale de mortalité (20% chez les 15-24 ans), les corrections apportées en termes de stabilité des biais montrent une stabilité des caractéristiques socio-démographiques, géographiques et des évolutions dans le temps. Cela signifie que les données que nous analysons à partir de la statistique de mortalité de routine sont en fait stables, puisqu'elles ne varient pas après correction. C'est un message important, car la statistique de mortalité nous permet d'identifier les populations à risque sur lesquelles nous pourrions mener des actions de prévention.

Questions

Anne TURSZ

Quand vous interrogez les médecins certificateurs et qu'ils corrigent leur diagnostic, cela signifie-t-il qu'ils admettent que leur première certification était erronée ?

Françoise PEQUIGNOT

Cela signifie surtout qu'ils ont cherché à obtenir des précisions sur ces décès. Nous leur avons demandé, s'ils avaient des informations nouvelles faisant suite à leur certification .

Anne TURSZ

Pensez-vous que dans les 75 %, il soit encore possible qu'il y ait des suicides non certifiés ?

Françoise PEQUIGNOT

L'enquête nous a permis de mettre à jour également des homicides et des accidents. Mais il restait encore, à la fin de cette enquête, 25 % de traumatismes indéterminés quant à l'intention qui n'avaient pu être élucidés.

Jean-Marie FIRDION

Le fait que certains instituts médico-légaux ne renvoient pas leurs informations à l'INSERM peut-il expliquer la sous-mortalité constatée en Ile-de-France ?

Françoise PEQUIGNOT

Il y a une dizaine d'années, nous avons effectué une enquête en Ile-de-France avec l'IML de Paris. Après ajout des 25 % de décès par cause inconnue, la sous-mortalité perdure. Nous pouvons nous demander néanmoins s'il ne faudrait pas prendre en compte d'autres corrections, en étudiant éventuellement une cohorte de suicides et en regardant quelles sont les causes de décès déclarées pour cette cohorte.

De la salle

Peut-on retranscrire sur un certificat de décès les antécédents de tentatives de suicide ?

Françoise PEQUIGNOT

En général, il n'est pas fait mention de plusieurs tentatives de suicide sur le certificat de décès.

Jean-Marie FIRDION

C'est d'autant plus intéressant que le lien entre tentative de suicide et suicide est encore mal connu. J'en profite pour vous recommander le livre de Maurice Halbwachs sur les causes de suicide, réédité aux PUF. Ce livre est important, car tout en étant dans la continuité d'Emile Durkheim, ses travaux vont plus loin.

Après avoir abordé les statistiques, je voulais faire un détour par les souffrances singulières, et en particulier la maltraitance et la violence intra-familiale, souvent évoquées. Comment le monde médical réagit-il par rapport à ces souffrances ? Pour y répondre, nous avons la chance de pouvoir entendre Anne Tursz, pédiatre, épidémiologiste, membre du Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Sociétés.

Adolescents suicidants et maltraitance durant l'enfance **dans la consultation psychiatrique**

Anne TURSZ*
INSERM U 502/CERMES

Mon exposé porte sur la thématique des relations possibles entre la violence subie dans la petite enfance et les tentatives de suicide chez les adolescents et les jeunes adultes. Il porte plus particulièrement sur la façon dont les psychiatres, qui rencontrent ces jeunes à la suite d'une tentative de suicide, recherchent ou non les problèmes de maltraitance dans la petite enfance, et sur les attitudes et décisions qui sont alors les leurs. Ce travail a été mené dans le cadre d'une recherche plus large, effectuée à la demande de la Direction Générale de l'Action Sociale, sur les conséquences graves de la maltraitance dans l'enfance.

I. Pourquoi cette recherche ?

Ce projet de recherche a essentiellement été effectué à cause des données provenant de la littérature, qui convergent pour proposer l'éventualité d'un lien entre la violence subie dans la petite enfance et la violence agie à l'adolescence et chez le jeune adulte. La littérature nord-américaine identifie toutes sortes de problèmes potentiellement liés à des antécédents de maltraitance dans la petite enfance, dont les conduites auto-destructrices. En France, les travaux de Marie Choquet et de ses collaborateurs tendent à prouver qu'il y aurait significativement plus d'antécédents de maltraitance chez les adolescents faisant des tentatives de suicide que chez les autres. On rencontre alors le biais que posent toutes les études rétrospectives : lorsqu'on interroge des personnes sur leur passé, les réponses ne sont pas toujours les mêmes, selon les personnes ayant à l'heure actuelle des problèmes et celles qui n'en ont pas.

II. Les objectifs de cette recherche

Nous avons tenté d'analyser les pratiques professionnelles des psychiatres lors de leur interrogatoire du patient consultant, à la recherche de cette maltraitance, puis éventuellement à sa reconnaissance. Nous avons analysé ces pratiques face à la découverte de la maltraitance : que font les psychiatres quand ils la découvrent ? Nous avons par ailleurs tenté, pour ceux qui déclareraient une maltraitance, d'en calculer la prévalence.

III. La méthode utilisée

Nous avons voulu constituer un échantillon représentatif de psychiatres, par rapport à la pratique psychiatrique en France. Nous avons constitué une base de sondage à partir de laquelle tirer au sort un échantillon de psychiatres, travaillant dans tous les modes d'exercice possible de la psychiatrie – de la psychiatrie générale à la pédopsychiatrie, dans le secteur privé et dans le secteur public. Nous avons donc constitué cette base en caractérisant toutes les régions et départements

* En collaboration avec Philippine Baer, Pascale Gerbouin-Rérolle et Monique Crost

français, à partir de deux indicateurs : les taux de suicide chez les 15-24 ans, en observant les régions ayant des taux élevés et des taux bas par rapport à la moyenne nationale, et l'offre de soins en santé mentale à l'intérieur de ces départements, dans le public et le privé.

A partir de cette base, nous avons effectué un choix raisonné de plusieurs départements, et tiré au sort les psychiatres. Ils ont fait l'objet d'un entretien semi-directif, mené par une psychologue, à l'aide d'un guide construit en entonnoir. Ce guide partait de questions générales comme leur formation initiale, leur type de pratique et de clientèle pour arriver progressivement au thème de la maltraitance, en étant préalablement passé par le thème des tentatives de suicide et de leur pratique face à elles. 51 psychiatres ont été tirés au sort, et 50 entretiens ont, jusqu'à aujourd'hui, été réalisés. Cela a été extrêmement long : il a fallu près de deux ans pour réaliser ces entretiens, qui ont duré entre 20 et 90 minutes. Ils ont fait l'objet d'une analyse statistique – quand c'était possible compte tenu de la taille de l'échantillon – et d'une analyse de contenu. Le protocole et l'outil de recueil des données ont été bâtis en collaboration avec un psychiatre.

Concernant l'échantillonnage, la Bretagne a les taux les plus élevés de suicides, tandis que l'Île-de-France a les taux les plus bas. Il est intéressant de constater qu'il nous a fallu tirer au sort 121 psychiatres pour en interviewer 51. Nous avons, en effet, été confrontés à plusieurs problèmes. Le premier est la mobilité de la pratique de ces psychiatres. Nous avons travaillé avec l'annuaire du Syndicat des Psychiatres Français de l'année correspondant au début de l'enquête, qui s'est très vite révélé caduc pour des psychiatres ayant cessé leur activité, changé de structure, etc. Comme nous souhaitions respecter la même structure d'échantillon, nous devions refaire un tirage au sort. Par ailleurs, le nombre de refus a été relativement important. Nous étions inquiets sur la représentativité finale de l'échantillon, mais nous le sommes moins aujourd'hui.

Nous avons donc pu constituer un échantillon final respectant nos critères.

IV. La population de l'étude

La population de l'étude est caractéristique de l'évolution de la profession des psychiatres. La féminisation du métier est croissante, ce que l'on déduit de la différence significative, entre les hommes et les femmes, quant à l'ancienneté du diplôme. Les femmes, plus jeunes, travaillent davantage dans le public. La pédopsychiatrie est pratiquement limitée aux hôpitaux et n'est jamais pratiquée uniquement en cabinet libéral. La psychanalyse concerne davantage des hommes âgés, et se pratique plus dans le secteur libéral que dans le secteur public.

L'échantillon finalement obtenu est donc vraisemblablement représentatif.

V. Résultats de l'étude

Type de clientèle et type d'entretiens

Interrogés sur leur type de clientèle, ces psychiatres nous ont cité un nombre important de troubles et de diagnostics, que nous avons regroupés en huit catégories. Les tentatives de suicide représentent 31 citations ; c'est donc une pathologie qu'ils rencontrent fréquemment.

Interrogés sur le type d'entretien qu'ils avaient habituellement avec leur patient, la grande majorité – 32 des 50 personnes interviewées – ont affirmé utiliser des entretiens semi-directifs. Sept seulement ont dit utiliser des entretiens totalement directifs, et onze ont affirmé n'utiliser aucune question préalable, faisant des entretiens totalement non-directifs, certains disant même « j'attends ».

Évocation de la maltraitance au cours des entretiens

La maltraitance n'a été citée, lors de la question sur les types de pathologie rencontrés, que dans 19 cas. C'est donc un sujet rarement évoqué spontanément. En revanche, interrogés spécifiquement sur le problème, tous ont affirmé avoir été confrontés, au moins une fois dans leur carrière, au problème des antécédents de maltraitance dans l'enfance, ou d'une maltraitance actuelle quand ils voyaient des enfants ou adolescents.

Sans jamais proposer de grille systématisée de critères de diagnostics de maltraitance, ils ont proposé de nombreux critères de suspicion de maltraitance. Certains sont apparus fréquemment, comme le fait de rencontrer des enfants ou des adolescents développant chez le psychiatre des sentiments agressifs vis-à-vis d'eux, ou encore comme les antécédents de fugues, ou les situations familiales comportant des « trous » biographiques – c'est-à-dire des périodes dont il est difficile au patient de parler, particulièrement évocatrices de maltraitance. Dans certains cas, le comportement des parents est révélateur ; ils tiennent par exemple à accompagner l'adolescent, semblent toujours vouloir apparaître comme de bons parents, mais laissent subitement apparaître des failles primitivement insoupçonnées.

Enfin, à l'issue de cette période de l'entretien sur le problème de la maltraitance, nous avons constaté d'énormes réticences à considérer que ce problème était fréquent. Souvent, les psychiatres faisaient référence à la pratique américaine, en expliquant qu'elle voyait de la maltraitance partout et qu'eux-mêmes ne travaillaient pas de cette façon.

Lien entre maltraitance et conduites autodestructrices

Les questions suivantes concernaient les liens possibles entre maltraitance et conduites autodestructrices en général. Nous avons choisi plus particulièrement deux thèmes : la tentative de suicide et l'anorexie. Quand nous leur demandions s'il leur paraissait possible qu'il existe des relations entre les antécédents de mauvais traitements subis dans la petite enfance et des conduites autodestructrices à l'adolescence et à l'âge adulte, 70 % l'admettaient. Toutefois, ils tenaient à réfuter la notion de causalité et préféraient parler d'association. De façon moins systématique et avec plus de nuances, ce lien était admis par 10 des 50 psychiatres. Finalement, 45 des 50 psychiatres affirmaient la possibilité de l'existence d'un tel lien. 3 l'ont totalement nié, et 2 ont refusé de se prononcer.

A la question plus spécifique du suicide, le pourcentage diminue. Seuls 30 des 50 psychiatres estiment qu'un lien pourrait exister entre violences subies dans la petite enfance et tentative de suicide ultérieure. Beaucoup disent se méfier et refusent, manifestement mal à l'aise, de se prononcer.

Une fois la maltraitance découverte, nous avons pu observer un contraste entre ces réticences affirmées et le fait que 35 psychiatres sur 50 indiquent avoir déjà effectué un signalement à la justice. La plupart ont donc déjà été confrontés à la question de ce signalement.

Les réactions face à la découverte de la maltraitance

Les psychiatres ont ensuite été interrogés sur les différentes étapes induites par la découverte d'antécédents de maltraitance racontée par un patient, du dévoilement aux démarches judiciaires. Pour la moitié d'entre eux, le dévoilement en lui-même est nécessaire, car il a une valeur thérapeutique. Comme l'exprimait un des psychiatres, il faut pouvoir dire qu'un acte n'est pas normal. Pourtant, seuls 11 des psychiatres interrogés jugent que porter plainte est nécessaire et thérapeutique. Ceux-ci pensent, en effet, que la loi peut représenter une forme d'étayage, dans une situation d'effondrement, et que, par ailleurs, il est libérateur de pouvoir raconter ce qui est arrivé, notamment dans le cas d'abus sexuels. D'énormes réticences persistent concernant les démarches judiciaires, pour plusieurs raisons. La plupart des psychiatres se refusent à parler de position systématique, et préfèrent dire que cela dépend des situations. Les démarches judiciaires sont extrêmement éprouvantes pour le patient, mais elles peuvent l'être, également, pour le psychiatre lui-même. Ils disent par exemple : « je lui ai dit que moi, j'ai le droit de me taire », arguant de leur peur de casser la relation thérapeutique. Ils redoutent enfin les obstacles de la justice, et le paroxysme de leurs craintes concerne la possibilité d'un non-lieu. Cela leur paraît insupportable, pour leur patient comme pour eux.

Un seul critère strict est systématiquement appliqué : lorsque le patient est mineur, le signalement est obligatoire. Les psychiatres se sentent alors déchargés de tout le fardeau des réflexions précédemment exposées.

Enfin, certains refusent toute recherche et dévoilement de la maltraitance, restant dans l'attente. Un des psychiatres a ainsi expliqué qu'après 11 ans de thérapie, une patiente lui avait raconté les abus dont elle avait été victime dans l'enfance.

VI. Conclusion

Ces entretiens ont été extrêmement difficiles à mener. Le climat de tension était souvent intense, et croissait au fur et à mesure que l'entretien avançait. Les psychiatres avaient en effet l'impression d'être piégés car, après avoir commencé avec des questions très larges, nous leur demandions progressivement leur réaction face à la découverte de maltraitements dans le passé d'un patient. Tous les entretiens ont été terminés. Cependant, certains psychiatres interviewés se sont mis en colère, d'autres ont tenté d'abrégier l'entretien ou de dévaloriser les recherches.

Ces entretiens nous ont permis d'observer une grande diversité de pratiques professionnelles vis-à-vis des patients. Ces pratiques sont très marquées par l'expérience personnelle du psychiatre, les sentiments subjectifs de ce qu'il considère comme une stratégie efficace, au détriment d'outils de diagnostic standardisés ou de critères validés d'action. Presque tous ont montré, de façon récurrente, une véritable hantise de la littérature américaine, des classifications, échelles et outils. Ils rejettent massivement toute notion de causalité, avouant par ailleurs manquer d'informations sur le sujet de la maltraitance lui-même. Les psychiatres les plus âgés indiquaient qu'ils n'avaient jamais entendu parler de la maltraitance et des abus sexuels au cours de leurs études, et qu'il était

nouveau de pouvoir en parler. La référence à la littérature scientifique a été quasi-inexistante ; lire ne semble pas faire partie de la pratique professionnelle de beaucoup d'entre eux. Enfin, la plupart rejettent violemment la médiatisation du problème de la maltraitance et des abus sexuels.

Ce type d'études est frustrant pour un épidémiologiste, car la taille de l'échantillon ne nous permet pas d'approfondir l'analyse, par exemple en analysant les résultats selon le sexe du praticien ou le type de pratique. Cela pourrait être une étude préliminaire à une étude quantitative, mais je ne crois pas que cela soit réalisable. En effet, face aux réticences que nous avons rencontrées lors de ces entretiens, il semble très difficile de pouvoir obtenir des réponses à un questionnaire fermé, même anonyme, sur un tel sujet. Une épidémiologiste américaine vient de terminer une telle étude avec des psychiatres, et le taux de réponses à la question « quand vous avez un patient déprimé, lui demandez-vous s'il a une arme à feu à domicile ? » est le plus bas qu'elle ait jamais eu. Ce sont donc des sujets sur lesquels il est difficile d'obtenir des réponses. Nous nous interrogeons pour savoir si le plus intéressant ne serait donc pas d'enquêter sur leur souhait d'accès à l'information, et de voir comment diffuser cette information.

Questions

De la salle

J'ai écrit une thèse sur le suicide. J'ai constaté que l'abus sexuel est le facteur le plus associé à la fugue, mais également à la tentative de suicide. Cela va donc dans le même sens que votre étude.

Anne TURSZ

Certes, mais ce sont des enquêtes rétrospectives, avec tous les problèmes de biais que cela peut poser.

Serge HEFEZ

Donniez-vous aux psychiatres des pistes concernant l'échelle de gravité des actes de maltraitance, qui peuvent aller des fessées aux abus sexuels ?

Anne TURSZ

Pour l'ensemble du projet, nous avons délibérément décidé de nous limiter à la maltraitance physique, à l'exclusion de la maltraitance psychologique, infiniment plus difficile à caractériser. L'étude concernait donc les mauvais traitements physiques entraînant des conséquences somatiques et les abus sexuels. C'est la définition que nous avons donnée aux psychiatres, au moment où nous y arrivions dans l'entretien. Nous ne voulions pas, en effet, dévoiler immédiatement que nous traiterions ce problème ; c'est d'ailleurs souvent pour cela que certains se sont fâchés, car ils ont eu l'impression d'être floués.

Serge HEFEZ

Que disait-on aux psychiatres de la finalité de cette enquête ?

Anne TURSZ

L'enquête a été présentée comme portant sur les problèmes psychologiques rencontrés à l'adolescence, définition donc très large. Une lettre expliquait aux psychiatres que nous travaillions dans le cadre d'un projet financé par la Direction Générale de l'Action Sociale, comportant une partie sur les troubles psychologiques liés à l'adolescence. Nous leur demandions s'ils accepteraient, s'ils recevaient des adolescents concernés dans leur clientèle, de recevoir une psychologue pour un entretien. Certains n'ont pas du tout été gênés par le thème de la maltraitance, quand d'autres en ont été très mécontents.

Jean-Marie FIRDION

Nous allons maintenant aborder le thème du suicide en lien avec l'orientation sexuelle. Nous savons, depuis la fin des années 1990, que les jeunes gays, lesbiennes et bisexuels présentent des risques accrus de faire des tentatives de suicide. Cela représente un risque 4 à 7 fois plus important pour les garçons, et de 40 % à deux fois plus pour les filles, ce qui est donc considérable. Les travaux montrent que ce risque accru n'est pas lié à l'homosexualité en soi. Quelles causes peuvent-elles être avancées pour expliquer ce phénomène ? Éric Verdier, avec qui j'ai publié un ouvrage sur ce sujet, nous répond.

Les jeunes face à l'homophobie

Eric VERDIER

Coauteur de *Homosexualité et suicide*

Etant psychologue de formation, je vais vous parler du récit de treize personnes que j'ai rencontrées. La partie sociologique de l'étude a été réalisée par Jean-Marie Firdion, nous permettant d'avoir une vision psychosociologique de ce problème. Le travail que nous avons réalisé pourrait être un préalable à une enquête probabiliste sur un échantillon plus large. Les seules données dont nous disposons proviennent des Etats-Unis et du Canada. En France, le docteur Xavier Pommereau, psychiatre dirigeant une unité accueillant des jeunes en crise suicidaire, a affirmé que, sur environ 400 jeunes qu'il accueillait par an – avec une majorité de femmes, puisque les tentatives de suicide les concernent plus –, 10 % des jeunes femmes et 25 % des garçons parlent de l'homosexualité à la suite d'une tentative de suicide. Nous retrouvons, sur ce petit échantillon, les données américaines. De même, une enquête sur la presse gay réalisée par Philippe Adam de l'Institut National de Veille Sanitaire, a montré que sur un échantillon de 5 000 hommes, 27 % des moins de 20 ans ont déjà fait des tentatives de suicide. Tous les chiffres semblent donc converger, et mériteraient de se pencher sur ce problème de manière plus approfondie.

I. Méthodes de réalisation de l'étude

J'ai eu du mal à rencontrer ces treize personnes. En effet, parler du suicide est difficile pour une personne concernée, comme il est difficile de parler de l'homosexualité. Parler des deux à la fois représente donc un double tabou. J'ai utilisé trois moyens pour cela.

J'ai fait appel à une association homosexuelle comptant 1 500 adhérents, dans laquelle j'étais déjà impliqué. Cela a d'ailleurs été un biais plutôt négatif, car parler de son suicide dans une association n'ayant pas du tout vocation à traiter des souffrances psychiques est compliqué. Je n'ai recueilli qu'un témoignage par écrit, de façon anonyme.

Je me suis également adressé à un secteur de psychiatrie au Havre. Plusieurs personnes étaient accueillies pour souffrance psychique, et j'ai demandé à pouvoir rencontrer des personnes ayant abordé l'homosexualité, la bisexualité et/ou le transsexualisme. Je n'ai pu rencontrer qu'une seule personne, surtout du fait de la réticence de l'équipe soignante et des psychologues, qui ont pensé que cela n'était pas forcément positif par rapport au suivi thérapeutique.

La troisième tentative a été la plus fructueuse, puisque onze des treize témoignages proviennent de cette source. Il s'agit d'un événement annuel ayant lieu à Marseille : les Universités d'été euro-méditerranéennes des homosexualités. 700 à 800 personnes participaient aux ateliers et conférences. Un soir, une conférence a eu lieu sur ce thème, avec Michel Dorais, chercheur canadien, qui a publié un ouvrage intitulé *Mort ou fif*. A la fin de cette conférence, j'ai annoncé vouloir faire une étude sur le lien possible entre le vécu de l'homosexualité et une vulnérabilité suicidaire. Je n'ai pas précisé vouloir m'adresser à des personnes ayant fait des tentatives de suicide, mais à des personnes qui s'étaient senties vulnérables par rapport au suicide. Onze personnes sont venues à moi, sans préciser les raisons pour lesquelles elles le faisaient.

Si une enquête approfondie était effectuée, elle rencontrerait probablement les mêmes difficultés.

II. Comprendre le lien entre homosexualité et tentative de suicide

Sur les onze personnes rencontrées, sept sont des hommes de naissance et six sont des femmes de naissance. Je précise, car parmi les six femmes, une se sent à la fois transsexuelle et homosexuelle – elle se sent donc homme, attiré par les hommes. Les cinq autres femmes s'identifient comme lesbiennes. Sur les sept hommes, six se sentaient homosexuels, et un bisexuel.

La fourchette d'âge est très étendue, allant de 20 à 65 ans. J'ai cherché à comprendre ce qui avait pu éventuellement motiver leur passage à l'acte suicidaire, mais également, pour deux personnes n'ayant pas fait de tentatives, ce qui avait pu constituer un facteur protecteur. Je me suis particulièrement intéressé à l'homophobie intériorisée. J'ai utilisé une grille établie par des chercheurs québécois, Bill Ryan et Jean-Yves Frappier, qui présentent le cheminement allant de la découverte à l'annonce de l'homosexualité en quatre étapes.

- **le déni**

On ne naît pas avec la conscience de son homosexualité. La personne ignore ou nie son attirance homosexuelle.

- **l'homophobie intériorisée**

C'est une étape incontournable. La personne prend conscience de quelque chose d'extrêmement dévalorisant par rapport à la relation de moi à moi. Cela se situe soit du côté de la maladie (« il faut aller voir un psychiatre »), soit du côté de la morale et de la religion (« je suis un dépravé, je ne suis pas digne de la morale du groupe auquel je m'identifie »).

- **la différence entre soi et les autres**

C'est le moment où la personne commence à retrouver l'estime d'elle-même ou à se la construire. Elle sort de la haine d'elle-même, mais elle se considère comme différente des autres homosexuels, qu'elle considère comme dépravés ou malades. Elle continue donc à avoir un regard dévalorisant sur les autres du « milieu ».

- **l'acceptation de l'homosexualité**

Il ne s'agit pas du *coming out*, mais de quelque chose de beaucoup plus intériorisé. La personne s'estime elle-même, mais estime également les autres.

Chez les personnes rencontrées, toutes les tentatives de suicide se situent au moment de l'adolescence et de l'entrée dans la vie adulte, même si deux personnes se disaient encore vulnérables. La majorité d'entre elles correspondent à l'étape de l'homophobie intériorisée. Certaines se situent autour de l'étape 3, notamment lorsqu'il y a eu estime de soi, puis rupture amoureuse ; cela constitue une sorte de retour en arrière. Aucune tentative ne s'est produite à l'étape 1 ou à l'étape 4. Certaines personnes n'en étaient d'ailleurs pas encore à cette dernière étape. Mais seuls le déni et l'acceptation de l'homosexualité pourraient représenter des facteurs protecteurs vis-à-vis du suicide. Sortir à son insu, trop vite et sans accompagnement du déni, est extrêmement vulnérabilisant, surtout dans un environnement que l'on pourrait qualifier d'homophobe.

La définition de l'homophobie habituellement donnée est souvent celle de l'homophobie « active » : c'est lorsque l'insulte est utilisée. La personne qui a un comportement homophobe le revendique. Cela peut aller jusqu'à des passages à l'acte. L'homophobie passive, elle, intervient lorsque dans un environnement social – famille, école –, l'homosexualité est niée. Ce sont surtout les jeunes

femmes qui en parlent. L'homosexualité n'est alors pas une orientation sexuelle possible – c'est le cas lorsqu'on demande « as-tu un petit copain ? ». D'ailleurs, lorsqu'il y a une relation amoureuse et sexuelle entre deux femmes, elle est souvent niée par l'entourage. A l'inverse, il suffit que deux garçons aient un petit geste équivoque pour qu'il y ait une étiquette d'homosexualité, avec les insultes qu'elle implique. Il existe donc une asymétrie entre les hommes et les femmes.

Tous les hommes et les femmes ont indiqué qu'ils ne se sentaient pas conformes aux stéréotypes de genre, et pas seulement au stéréotype de l'orientation sexuelle qu'est l'hétérosexualité. Pour ceux qui se sentent conformes, ils ont peur de dévoiler que, derrière cette apparente conformité, leur orientation sexuelle n'est pas du tout conventionnelle. Les hommes parlent plutôt de la violence de ce dont ils ont été victimes, souvent liée à cette transgression de genres. Une étude canadienne montre que même les jeunes hétérosexuels victimes d'agressions homophobes ont un taux de tentatives de suicide de 20 %, comparable à celui des jeunes homosexuels – contre 4 à 5 % pour les jeunes hétérosexuels non-victimes d'insultes. Cela met particulièrement en lumière l'importance de cette question du genre.

Les femmes, elles, disent leur difficulté à croire en leur désir, à exister dans leur orientation sexuelle. De plus, l'apprentissage de cette sexualité est plus long que pour les jeunes hommes, qui n'ont pas toujours la possibilité de passer par les flirts et les baisers. Un jeune homme a même parlé de sa première expérience comme d'un véritable viol, qui l'a amené à refaire une tentative de suicide. Ils sont donc souvent parachutés dans l'étiquette d'homosexualité, sans y être prêts, avec une intériorisation très forte du stigmaté.

Jean-Marie FIRDION

Avant de passer la parole à Serge Hefez, je vous conseille fortement son ouvrage, intitulé *La Danse du couple*, qui concerne le couple homosexuel, celui des parents, ou encore des enfants, lorsqu'ils sont adolescents.

Souffrance en famille

Serge HEFEZ
Psychiatre, psychothérapeute

Je suis thérapeute familial, c'est-à-dire que je tente de prendre en compte et de soigner les symptomatologies, notamment adolescentes, dans le cadre global de la famille. Je suis, à ce titre, responsable de l'unité de thérapie familiale dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris. Ce service compte quatre unités d'hospitalisation, et deux unités de jour ; c'est donc une unité importante, qui voit beaucoup d'adolescents en souffrance. Beaucoup de familles viennent dans les suites directes de la tentative de suicide d'un adolescent, ou bien suite à des fugues, des anorexies, des phobies scolaires, ou même de décompensation psychotique, pour laquelle la question de l'antécédent de tentatives de suicide a pu se poser.

La question qui nous anime n'est pas tant celle de la causalité – c'est-à-dire de rechercher, dans la famille, qui sont les responsables et les coupables de cette symptomatologie actuelle – que de resituer les symptômes de l'adolescent dans une logique qui dépasse celle de la famille. Cette logique appartient à une histoire, à une relation, à des liens dont chacun est détenteur d'une partie. L'adolescent doit donc être dépossédé de ce symptôme, afin qu'il trouve une logique dans une dynamique plus large que celle de la famille. Si ce symptôme est né dans ce groupe familial, ce groupe peut, peut-être, lui-même le résoudre. Il ne s'agit pas de stigmatiser une famille, d'accuser les parents d'être trop intrusifs ou distants, mais de retrouver, avec la famille, les possibilités d'une compétence perdue. Elle doit pouvoir contenir les angoisses ou les difficultés exprimées par cet adolescent. Nous partons du principe que la tentative de suicide a une signification, qu'elle s'adresse à une famille, et trouve un sens global dans l'économie familiale.

Parmi les familles que nous recevons, et dont l'adolescent a commis une tentative de suicide, il y a parfois dans leur histoire des éléments de facteurs de risques évidents. La famille est considérée comme un système de liens, dans lequel existe toujours une tension, pour chacun, entre la possibilité d'accéder à une certaine autonomie psychique – de développer une personnalité –, et la nécessité de la survie du groupe, de maintenir cet ensemble de relations pour que la famille continue à exister. Dans une trajectoire familiale, tout ce qui vient comme facteur de crise – rupture, dissociation, deuil, difficultés sociales – constitue un facteur de stress, pesant plus ou moins lourdement sur les membres de la famille.

Une famille peut devenir pesante, étouffante pour un adolescent, aussi bien parce que les facteurs de dislocation, de rupture, d'attaque des liens ont été si importants qu'il se retrouve sans repères, que parce que les facteurs ont été trop pesants sur la dynamique personnelle, et que les liens vitaux de survie créent une enveloppe familiale trop rigide. L'autonomie de l'adolescent est alors autant menacée que si la famille a des liens trop disloqués. Les adolescents, dans leur cadre familial, sont donc pris entre deux pôles : soit leur famille ne les tient pas, auquel cas ils ont du mal à construire leur personnalité, soit elle les étouffe trop parce qu'elle est trop rigide, auquel cas l'adolescent est menacé dans la possibilité de se construire une trajectoire personnelle. Il est évidemment très difficile, entre ces deux pôles, de définir un équilibre qui marquerait le bon fonctionnement familial. Freud disait toujours aux parents : « Faites ce que vous voulez, de toute façon, vous ferez

mal ». Nous tentons donc de voir quels sont les points de compétence sur lesquels nous pouvons nous appuyer pour que la famille fonctionne mieux.

Souvent, rien ne préparait une famille à être confrontée à une tentative de suicide. Les familles sont très étonnées de la brutalité avec laquelle elle survient. Nous travaillons donc autour de l'idée que la tentative de suicide est une question posée à la famille, une façon de dire quelque chose qui n'a pas pu se dire autrement. Très souvent en effet, la cause est recherchée ailleurs : histoire sentimentale ayant mal tourné, éducation difficile à l'école, brutalité des camarades de classe. Elle peut être également recherchée dans des problèmes familiaux facilement identifiés, comme un désaccord entre parents ou un divorce. Nous leur indiquons alors que, certes, beaucoup d'adolescents connaissent ces problèmes, mais que tous ne commettent pas des tentatives de suicide.

Comment chercher ailleurs les éléments rendant intelligible cette tentative de suicide ? Certains psychiatres, comme mon collègue Jean-Claude Oualid, ont mis en place, aux urgences, des protocoles d'accueil systématique des familles autour des adolescents suicidants. La littérature internationale sur ce sujet souligne que, lorsque ces protocoles sont mis en place, ils diminuent fortement les risques de récurrences. Jean-Claude Wallid a constaté que lorsque ce protocole est proposé aux familles, la moitié d'entre elles vient au premier rendez-vous, puis la moitié au deuxième.

Nous travaillons sur les possibilités d'autonomisation des adolescents et sur la manière dont cette autonomisation peut être problématique, ou pas, au sein de la famille. Comment est-elle vécue, accompagnée, ressentie par les uns et les autres ? Sans aborder très directement la tentative de suicide en tant que telle, nous parlons des liens d'autonomie et de dépendance de tous les membres de la famille. Cela rend la tentative de suicide métaphorique, comme tentative de sortir de la famille sans en sortir. Au fond, cette tentative est une métaphore d'une tentative d'autonomisation qui ne peut pas se faire, du fait de liens trop étroits ou trop distendus.

Dans les familles, les individuations ne sont pas vécues comme des alternatives heureuses à une évolution normale de leur cycle vital, mais toujours comme des menaces. La tentative de suicide est décryptée comme une crise familiale, qui met en jeu les possibilités d'autonomie de tous les membres de cette famille par rapport à leur propre histoire et la façon dont, sur plusieurs générations, des éléments bloquent ces possibilités d'autonomisation. La famille devient un lieu de survie de groupe, et non pas un lieu d'épanouissement individuel. Notre vision de la famille, comme un système, fait que chaque membre est à la fois victime et bourreau de cette dynamique familiale, qu'il s'agit donc de rendre intelligible.

Questions

Jean-Marie FIRDION

Je vous indique que l'association « Phare Enfants-parents », qui soutient les familles de jeunes suicidés, vient de publier un livre, *Difficile adolescence*, qui est plein de très bons conseils.

Anne TURSZ

Nous avons été très frappés, dans l'étude que nous avons réalisée, par l'incroyable variabilité des pratiques et surtout des positions théoriques par rapports aux pratiques. Il ne semble pas y avoir d'aspect structuré, standardisé, que l'on peut observer, en général, dans la médecine.

Serge HEFEZ

Il existe tout de même une prédominance, dans la pratique clinique de la psychiatrie en France, de la psychanalyse, et de façon beaucoup plus prégnante que dans d'autres pays. Cela a des avantages et des inconvénients, car cela donne souvent une vision univoque des situations, et un décryptage très particulier en termes de causalité psychique. Même si nous n'établissons pas de lien de cause à effet direct, il existe une vision traumatisme-symptômes, dont la plupart des psychiatres ont du mal à s'extraire. J'ai senti, dans la démarche de votre recherche, quelque chose qui les coinçait par rapport à cette position, qui accentuait ce risque de causalité.

Anne TURSZ

Tout à fait. Nous nous attendions à des réticences liées au thème abordé. Il est en effet difficile de parler de maltraitance avec les médecins et les pédiatres. Mais nous ne nous attendions absolument pas à cette réticence extrême à parler de leur propre pratique.

Jean-Marie FIRDION

Parmi les personnes interviewées par Eric Verdier, certaines ont justement rencontré des psychiatres. Comment ont-elles vécu cela ?

Eric VERDIER

Au travers de leurs paroles, il ressort deux types d'attitudes.

Un certain nombre de psychiatres ont sous-estimé la difficulté à laquelle était confronté le jeune. Parfois même, ils ont aggravé la souffrance, en insistant sur le fait que l'homosexualité n'était pas valorisante. Cela appelle des interrogations sur lesdits psychiatres.

A l'inverse, certains ont joué un rôle très significatif, à des moments charnières. Par exemple, un jeune a écrit une lettre à ses parents, leur expliquant que, s'ils ne le sortaient pas de cette situation, il

se suiciderait. Les parents l'ont donc envoyé chez le psychiatre, et celui-ci a eu une attitude si ouverte et acceptante que le jeune a pu, dès le soir même, répondre à son père que son homosexualité était sa nature, et que le rejet de celui-ci vis-à-vis de son homosexualité n'avait pas de sens.

Par rapport à cette question de l'homophobie intériorisée, il est donc très intéressant d'étudier ce qui peut faire écho ou pas, ce qui peut ouvrir sur une acceptation dans la réponse qui est apportée.

Serge HEFEZ

Un élément est toujours très important dans la question de la tentative de suicide à l'adolescence : c'est celui du secret. Ce qui ne peut pas se dire se dit par la tentative de suicide. Il peut s'agir d'un secret propre à l'adolescent, comme un secret sur sa sexualité, qu'il ne peut pas annoncer à sa famille. Mais il peut également s'agir d'un secret qui ne le concerne pas directement, et dont il n'a même pas conscience. S'opère alors un mécanisme de transmission intergénérationnel d'éléments de l'histoire de la famille – deuils, éléments honteux – qui deviennent des formes de secrets. Certains jeunes adoptent des comportements suicidaires simplement parce qu'ils sont porteurs de ce passé. Un petit secret pour un adolescent devient alors une montagne. Les adolescents eux-mêmes sont alors rarement demandeurs de prise en charge personnelle ; ils agissent plutôt.

De la salle

Les thérapies familiales s'adressent-elles uniquement aux cas de tentatives de suicide, ou bien sont-elles indiquées pour d'autres troubles ?

Serge HEFEZ

Elles sont indiquées pour tout symptôme chez l'adolescent.

De la salle

Longtemps, j'ai rencontré des psychiatres qui étaient opposés aux thérapies familiales au moment de l'adolescence.

Serge HEFEZ

Je développerais plutôt la thèse inverse : c'est justement parce que c'est un moment d'individuation et qu'elle est difficile que ce type d'entretiens est utile. Mais bien entendu, il existe de nombreuses idéologies et pratiques psychanalytiques.

De la salle

Je voudrais aborder le problème du clivage entre psychiatrie et pédopsychiatrie, censée elle aussi s'intéresser aux adolescents. Comment ce clivage influe-t-il au niveau de la pratique familiale ?

Serge HEFEZ

Il ne pose pas de problème spécifique. Je travaille dans une institution pour enfants et adolescents, et les thérapies familiales ont lieu à ce titre, pour les enfants et les adolescents.

De la salle

Quelle limite met-on à l'adolescence ?

Serge HEFEZ

En termes institutionnels, c'est très clair : l'âge limite est de 18 ans.

De la salle

Pourtant, il est souvent difficile d'opérer le passage d'un suivi de pédopsychiatrie à un suivi psychiatrique adulte. Les services psychiatriques sont trop souvent complets.

Serge HEFEZ

Tout à fait, mais c'est une autre question. La crise de la psychiatrie publique est profonde aujourd'hui ; il y a de moins en moins de psychiatres et de possibilités de soins. Mais il n'y a pas d'obstacle institutionnel au fait de réunir plusieurs générations dans un même suivi.

De la salle

S'agissant des jeunes placés en institution ou en famille d'accueil, comment faire une thérapie familiale ? Faut-il faire le deuil de ce mode de thérapie ?

Serge HEFEZ

Cela fait de nombreuses années que je tente de souligner que les besoins de l'adolescent doivent plus être pensés par addition que par soustraction. En termes de réseau et de groupe, plus nous incluons tous ceux qui environnent l'adolescent en difficulté, afin de les faire participer activement à sa prise en charge, plus les chances sont élevées de voir cet adolescent se construire. Très souvent, nous avons l'impression que les professionnels vont dans le sens inverse. Ils tentent de remplacer une famille biologique par une famille d'accueil, alors que l'intérêt est de penser la famille comme une addition, non comme un remplacement.

Jean-Marie FIRDION

N'y a-t-il pas un manque de ressources pour ces adolescents en souffrance, dans leur propre environnement ? Nous avons, je pense, besoin de ces personnes-relais que sont les infirmières scolaires, les assistantes sociales, etc.

Anne TURSZ

Y a-t-il des tentatives de suicide chez les adolescents ayant des maladies somatiques chroniques graves ?

Serge HEFEZ

A ma connaissance, il y a plutôt moins de cas. J'ai pu aborder cette question lors d'études sur le sida, et il ressort que les adolescents séropositifs se suicident plutôt moins que les adolescents dans la population générale. Il semble que cela soit le cas pour toutes les maladies chroniques graves de l'adolescence.

Anne TURSZ

C'était bien mon impression. J'effectue un travail sur la prise en charge et le vécu des adolescents atteints de drépanocytose, qui souffrent donc énormément. Dans la littérature américaine, abondante sur ce sujet, il n'est jamais question du suicide, même si cette maladie génétique est quasiment intolérable, par ses crises douloureuses.

Serge HEFEZ

Je dirais de façon un peu brutale que c'est un peu comme si la souffrance physique protégeait de la souffrance psychique.

Eric VERDIER

Nous pourrions le croiser avec le taux peu important de suicides dans les pays dans lesquels il en va surtout de la survie des populations.

De la salle

Au cours de votre étude sur l'homosexualité, et parce que vous avez interrogé des personnes d'âges très différents, avez-vous perçu une évolution par rapport aux problèmes de l'image de soi, parallèle à l'évolution des mentalités ?

Eric VERDIER

C'est flagrant. Le plus jeune a 20 ans, et a une problématique que l'on pourrait considérer comme la plus aiguë, puisqu'il se définit comme transsexuel et homosexuel, en étant une jeune femme. Il est venu me voir pour comprendre pourquoi il n'avait pas commis de tentative de suicide. A l'évidence, sa mère le croyant lesbienne à l'époque, il a été à une Gay Pride avec elle. Celle-ci n'a pas compris ce qui se passait, mais l'a suivi. Ce soutien inconditionnel d'un des deux parents a représenté un des facteurs protecteurs les plus forts. Nous pouvons imaginer que cela n'aurait pas pu se passer il y a encore quelques années. Cette mère a été baignée de toutes les évolutions sociales, et cela a joué un rôle.

Mais l'évolution est plus superficielle qu'on peut le penser. En effet, au quotidien, annoncer son homosexualité dans une famille est toujours un drame, et dans la plupart des collèges et lycées, l'homosexualité est toujours mal vécue. Un des jeunes affirme que si on l'avait traité de « bougnoule », ou de « salope » pour une femme, un adulte se serait immédiatement interposé. Mais la plupart des adultes ne s'interposent pas face à une insulte comme « pédé ». Cette évolution ne baigne donc pas tous les milieux sociaux, et l'on sous-estime souvent l'impact qu'une telle insulte peut avoir, lorsqu'elle a accompagné toute l'enfance ou l'adolescence.

Jean-Marie FIRDION

Les garçons très efféminés ne trouvent pas non plus, dans le corps enseignant ou dans le personnel d'encadrement, d'adultes pour les aider. Ils se trouvent pourtant en bute à des agressions très violentes.

Eric VERDIER

D'ailleurs, la plupart des adultes référents, principalement enseignants, et homosexuels eux-mêmes, le disent très rarement. Cela signifie que la possibilité d'avoir des modèles positifs de référence, avec qui avoir un échange, est absente.

Jean-Marie FIRDION

Je vous remercie d'avoir participé à cette séance, et je vous donne rendez-vous le 19 juin pour aborder le thème « santé et migration ».

Index

Nous vous signalons que nous n'avons pu vérifier l'orthographe des noms et termes suivants :

Guy Yann.....	14	prépanositaires.....	21
Jean-Claude WALLID.....	17		