

APPORTS CLINIQUES ET PROJECTIFS À LA COMPRÉHENSION DU PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE DE JEUNES HOMOSEXUELS CLINICAL AND PROJECTIVE CONTRIBUTIONS WITH THE COMPREHENSION OF THE SUICIDAL ACT IN HOMOSEXUAL YOUNG PEOPLE

Anais Barrattini et Anne-Valérie Mazoyer

Volume 37, numéro 3, 2016

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1040170ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1040170ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Barrattini, A. & Mazoyer, A.-V. (2016). APPORTS CLINIQUES ET PROJECTIFS À LA COMPRÉHENSION DU PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE DE JEUNES HOMOSEXUELS. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 261–276.
<https://doi.org/10.7202/1040170ar>

Résumé de l'article

L'objet de cet article est de contribuer à une réflexion autour de la prise en charge des actes suicidaires de jeunes homosexuels. Dans un premier temps, nous proposerons une brève présentation de quelques études épidémiologiques, permettant de saisir la prédominance du recours à l'acte suicidaire par notre population d'étude. Puis, à travers la présentation d'une situation clinique où se nouent traumas précoces, actes suicidaires et homosexualité, étayée par l'apport du test du Rorschach, nous proposons une conception de l'acte suicidaire orientant notre travail de prise en charge thérapeutique de ces jeunes. En somme, la tentative de suicide, ainsi que l'homosexualité semblent être en réalité des aménagements des traumas antérieurs vécus.

APPORTS CLINIQUES ET PROJECTIFS À LA COMPRÉHENSION DU PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE DE JEUNES HOMOSEXUELS

CILINICAL AND PROJECTIVE CONTRIBUTIONS WITH THE COMPREHENSION OF THE SUICIDAL ACT IN HOMOSEXUAL YOUNG PEOPLE

Anaïs Barrattini¹
Université Toulouse II Jean-Jaurès

Anne-Valérie Mazoyer
Université Toulouse II Jean-Jaurès

INTRODUCTION

Cet article a pour projet de présenter l'avancée de nos travaux de recherche auprès de jeunes adultes suicidaires et homosexuels que nous menons à partir d'un référentiel psychodynamique et d'une méthodologie singulière (entretiens non directifs de recherche et passation de tests projectifs : *Rorschach* et *TAT*). Nous souhaitons contribuer à la compréhension de la prévalence de l'acte suicidaire chez les jeunes adultes homosexuels par rapport à leurs pairs hétérosexuels. Quel sens donner à la tentative de suicide de ces jeunes? Quels liens pouvons-nous établir avec leur orientation homosexuelle et leur histoire infantile? Comment les soutenir en amont et en après-coup de la tentative de suicide? Voici autant de questions qui guident notre travail afin de proposer des soins psychothérapeutiques à ces jeunes permettant d'élaborer psychiquement leur mal-être. L'acte suicidaire est un acte grave posé dans un contexte de crise majeure et relève d'une dynamique singulière dans sa mise en œuvre. Nous entendons par « acte suicidaire » l'action volontaire de se donner la mort par l'utilisation de moyens létaux. Il est important de souligner et de mettre de l'avant également la notion « d'agir », envisagée comme moyen de décharge et de traitement d'un trop-plein de pulsionnalité. Nous lui conférons donc une valeur défensive ainsi qu'un moyen d'expression symbolique de souffrances indicibles.

ACTUALITÉ DE LA RECHERCHE DANS LE CHAMP DE L'ACTE SUICIDAIRE CHEZ LES HOMOSEXUELS : QUELQUES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Un survol de quelques études nord-américaines et françaises nous permet de mesurer l'urgence de la prise en compte de ce phénomène et le désarroi de ces jeunes pour lesquels le recours à des moyens létaux apparaît comme ultime solution pour arrêter des souffrances intolérables. Les études quantitatives et épidémiologiques faites dans ce champ de

1. Adresse de correspondance : Université Toulouse II Jean-Jaurès, 5 allée Antonio Machado, 31100 Toulouse, France. Téléphone : 07.87.78.23.19. Courriel : barrattini-anais@orange.fr

recherche démontrent toutes la prédominance du recours à l'agir suicidaire des sujets homosexuels comparativement à leurs pairs hétérosexuels. Par exemple, Beck, Firdion, Legleye et Schiltz (2010) proposent un recensement des recherches et avancées quant à la problématique suicidaire chez les sujets d'orientation homosexuelle. S'appuyant sur des recherches nord-américaines menées par différents auteurs (cités par Beck, Firdion, Legleye, & Schiltz, 2010 : Bontempo & D'Augelli, 2002; Cochran & Mays, 2000; Garofalo *et al.*, 1999; Gilman *et al.*, 2001; Herrel *et al.*, 1999; Remafedi, 1998; Russel & Joyner, 2001), ces deux auteurs notent que les résultats font apparaître une prévalence de risque suicidaire supérieur chez les hommes. En effet, les hommes homosexuels présenteraient 2 à 7 fois plus de risque suicidaire que les hommes hétérosexuels tandis que les femmes homosexuelles présenteraient, quant à elles, 1,4 à 2,5 fois plus de risque suicidaire que leurs pairs hétérosexuelles. En 2001, l'étude menée par Adam est la première, en France, à fournir des données quantitatives sur les tentatives de suicide (et la dépression) chez des sujets homosexuels, à partir d'un grand échantillon. Cette enquête révèle que les sujets masculins d'orientation homosexuelle ont presque six fois plus de risque d'avoir recours au geste suicidaire que leurs pairs masculins d'orientation hétérosexuelle. Notons que, selon les études, la proportion de risque suicidaire varie. Nous pensons que cela tient aux choix méthodologiques employés (enquêtes téléphoniques, questionnaires autoadministrés, rencontres avec le chercheur...), à leur biais (désirabilité, minimisation de la problématique suicidaire) et aux tailles des échantillons. Cependant, retenons de ces études françaises et nord-américaines une forte corrélation entre le passage à l'acte suicidaire et l'homosexualité. Elles montrent, d'une part, que le risque est plus élevé lorsque le sujet est jeune et, d'autre part, lorsqu'il concerne les hommes.

D'autres chercheurs (Bourdet-Loubère & Pugnère, 2011; Castañeda, 1999; Dorais, 2001; Dorais & Chollet, 2011; Ryan & Frappier, 1994; SOS Homophobie, 2014; Verdier & Firdion, 2003) ont mis en évidence un certain nombre de facteurs, non exhaustifs, jouant un rôle déterminant dans la solution suicidaire envisagée par ces jeunes : préjugés et stéréotypes véhiculés par la société, homophobie patente (explicite, déclarée), homophobie intériorisée, violences physiques, sexuelles, stigmatisations et humiliations de la part de l'entourage, de la famille ou des milieux scolaires, faible estime de soi, honte et état dépressif en lien avec la découverte de cette sexualité qualifiée de « différente » ou « d'anormale » et difficulté de l'assumer pour soi et auprès des autres, rejets de la part des pairs, mais également de l'environnement familial.

Les conduites d'agir ne sont pas rares durant la période adolescente en tant qu'elles constituent une voie prédominante par leur facilité de mise

en œuvre ainsi que pour l'apaisement immédiat que procure le sentiment d'exercer une emprise sur ce qui est subi. Certains auteurs (Alléon & Morvan, 2014, p. 2208) soulignent alors, en termes symptomatologiques, la présence d'un tableau dépressif majeur et notamment des idées suicidaires graves à entendre « comme un appel "agi" mais aussi comme la sensibilité à l'instabilité de la relation sujet-objet, monde externe, monde interne ». Suivant une perspective psychodynamique et au regard des jeunes hommes rencontrés, nous pensons qu'il est également important de prendre en compte que la période de la post-adolescence (18-25ans) est un moment charnière du développement individuel et psychique en tant qu'il constitue pour le sujet la possibilité de se dégager de la période adolescente (marquée par l'avènement de la puberté entraînant de fait plusieurs conflits psychiques et inaugurant un travail de subjectivation) afin d'atteindre la maturité psychique adulte. Cependant, ce dégagement n'est pas sans demander, de la part du post-adolescent, un « dernier » travail psychique de remaniement. Ainsi, selon la solidité des acquis antérieurs, le sujet post-adolescent peut-il se sentir fragilisé, vulnérable et tenter de mettre à distance les excitations internes.

Nos travaux de recherche amènent des éléments de compréhension du passage par l'acte suicidaire auprès d'une population de jeunes hommes homosexuels. À partir des rencontres cliniques à visée de recherche avec un sujet nommé Jean, nous mettrons en évidence, d'une part, les remaniements psychiques impulsés par une tentative de suicide et, d'autre part, le poids des traumatismes précoces sur les tentatives de suicide reléguant donc l'homosexualité au second plan comme déterminant dans la survenue de la crise suicidaire. La méthode d'analyse de ce cas est entièrement qualitative et fait référence à la métapsychologie freudienne (référence aux conflits, à la dimension économique et à la valeur des organisateurs de l'identité comme le complexe œdipien et de castration). Cette analyse a pour ambition d'apprécier le fonctionnement psychique de Jean ainsi que sa trajectoire de vie singulière. L'enjeu est donc de dégager des spécificités, des originalités, des traits saillants de son histoire de vie et de pouvoir en discuter au regard de nos hypothèses, mais aussi de les recontextualiser et de les articuler en permanence dans un récit de vie global. Pour ce faire, nous avons effectué une analyse clinique et thématique permettant de comprendre son histoire de vie, de saisir les enjeux de l'homosexualité, de donner du sens à ses actes suicidaires et d'étudier les enjeux de l'après-coup suicidaire. Sont relatés ici les éléments saillants du cas de Jean permettant de discuter nos hypothèses. Nous avons également tenu compte, dans notre analyse, de la dynamique de la rencontre et de ses enjeux, d'un point de vue transférentiel et contre-transférentiel. L'analyse du protocole du Rorschach de Jean s'est effectuée à partir des travaux psychanalytiques et plus particulièrement de l'école de Paris V.

JEAN

Anamnèse et contexte des agirs suicidaires

Jeune homosexuel d'une vingtaine d'années, Jean n'est arrivé en France que depuis quelques mois lors de notre rencontre. Il est pris en charge par une association française s'occupant de l'hébergement et de l'accompagnement de jeunes homosexuels majeurs rejetés par leur famille à la suite bien souvent de la révélation de l'orientation homosexuelle, et ce, afin d'éviter des conduites sexuelles de type prostitution ou le recours aux produits toxiques.

Jean est issu de la nouvelle union de sa mère et a un demi-frère plus âgé. Il évoque des relations d'emprise maternelle et l'indifférence et le manque de soutien de la part du père, malade au moment des événements et qui décèdera peu après la révélation de l'homosexualité de Jean. Il admet avoir eu recours à l'acte suicidaire trois fois.

La première tentative de suicide a lieu à l'âge de 16 ans à la suite de la révélation de son homosexualité, par son ex-petit ami du moment supportant mal la séparation et donc dans un souci de vengeance. Jean se heurte alors au rejet maternel qui le séquestre au domicile parental durant une période de six mois. Jean met donc en avant cet élément afin d'expliquer son recours à l'acte. Il évoque le lourd traitement médicamenteux, le rendant « sans vie », « inanimé » (nous le citons). La séquestration prend peu à peu fin quand il commence à jouer le rôle de l'hétérosexuel, s'infligeant dès lors un véritable contrôle de lui-même, l'amenant à se positionner en faux-self, et ce, pour apaiser les relations avec sa mère qui tente de le ramener, nous le citons : « dans le droit chemin ». Jean évoque, à propos de ce premier acte, la volonté d'anesthésier ses souffrances, ses pensées, dans l'immédiateté du moment. Il parle de son épuisement psychique et du souhait de vouloir « se reposer ». Jean, dans l'impossibilité d'élaborer ses conflits, ne semble ne pouvoir « qu'agir ».

Le deuxième acte a lieu cinq années plus tard à la suite d'une rupture amoureuse en raison de l'intrusion massive de la mère de Jean dans le couple qu'il forme alors avec son nouvel ami. La perte de l'être aimé réactive dès lors un passé traumatique de défaillance maternelle. Jean est en difficulté pour négocier la question de la séparation, du deuil. Il trouve donc une issue aux conflits internes dans la répétition de l'acte suicidaire, geste dans lequel tentent de s'inscrire et de se symboliser à nouveau les traumas vécus.

Enfin, le troisième et dernier acte suicidaire se produit « quelques mois après ». Jean situe difficilement cet événement dans son histoire de vie. Il rend compte ici de l'impossibilité pour lui d'exister en tant que sujet.

Cependant, il évoque s'être dit, en après-coup de l'acte, « stop » et sa volonté d'assumer « qui je suis ». Deux semaines plus tard, Jean est en capacité de nouer une relation amoureuse suffisamment étayante avec un jeune homme pour qu'il révèle son homosexualité à son groupe d'amis et qu'il quitte son pays pour venir en France. Nous entendons cette initiative comme une manière pour lui de « recommencer » ailleurs, de pouvoir intégrer le travail de séparation maternelle et de venir ainsi se constituer un espace psychique propre.

Les trois tentatives de suicide ne répondent donc pas tant à l'homosexualité et à l'impossibilité de l'assumer qu'au besoin de s'extraire de l'emprise et des défaillances maternelles entravant le processus de subjectivation adolescent de Jean, et ce, comme une tentative de symboliser et de figurer les traumatismes vécus.

Un vécu de traumatismes précoces chez Jean

Nous notons une relation mère-fils pathologique. En effet, Jean met en avant la relation d'emprise et de domination maternelle. Il se décrit en position d'objet face à elle et relate des situations d'humiliations, d'insultes (parfois homophobe), de violences. Il révèle des attitudes de contrôle, de surveillance sévère et permanente ne laissant aucune place ou très peu à une intimité, à une vie extérieure du cercle familial et du domicile (elle le suit dans la rue, elle fouille son téléphone portable, lui téléphone systématiquement lorsqu'il sort...).

D'autre part, la rencontre avec le sexuel possède des accents traumatiques. En effet, Jean fait état de deux traumatismes. Le premier à l'âge de 8 ans : il assiste aux ébats sexuels de sa mère, avec des amants. Ce sujet semble tabou au sein de la famille, mais est pourtant connu de tous. Jean exprime le manque de soutien et sa colère vis-à-vis de son entourage et notamment du père. Père, peu évoqué dans nos rencontres. En effet, Jean dessine un père lui-même sous l'emprise de sa femme et que nous sentons en difficulté pour trianguler la relation mère-fils. Ainsi, ce silence met-il à mal l'introjection d'une figure masculine stable, solide, sur laquelle s'étayer et s'identifier. Le deuxième traumatisme survient à l'âge de 9 ans : Jean évoque plusieurs viols commis par le frère d'un ami de sept ans son aîné. Cependant, peu à peu, il évoque une relation « amoureuse » naissante. La tendresse semble avoir pris le pas sur les rapports sexuels forcés. Nous sommes alors interpellées par cette révélation dans laquelle l'agression est au second plan au profit d'une histoire d'amour. Une confusion persiste pour Jean entre les registres de l'agression sexuelle et

de la tendresse, de l'amour. Le lien amoureux et la sexualité ne peuvent être vécus que dans le registre de la violence, de l'agression et de l'emprise, c'est-à-dire du pouvoir qu'il laisse à l'autre sur lui. Jean reste dans une position passive. La répétition des traumas sexuels interroge l'investissement des représentations objectales : il est souvent question d'emprise dans ses relations affectives. Il se montre avide affectivement, car l'autre doit être toujours présent, disponible et sans faille. Pourtant, on voit bien aussi combien la proximité de l'objet lui est insupportable, évoquant une angoisse d'intrusion.

Analyse transféro-contre-transférentielle

L'analyse des mouvements transféro-contre-transférentiels paraît pertinente dans la compréhension et mise en sens d'un cas d'une vignette clinique.

Tout au long des rencontres, Jean fait part de ses sentiments, ses difficultés, son environnement familial, son vécu infantile, ses réflexions, ses fragilités, ses perspectives d'avenir. Il a pu les mettre en élaboration par notre intermédiaire, lui permettant ainsi de prendre du recul sur ses éprouvés et sa situation et de pouvoir leur donner du sens afin de se dégager de certains conflits et des répétitions. Jean parviendra à évoquer quelques événements douloureux de sa vie tout en mettant à distance leur charge affective et émotionnelle. Lors de notre première rencontre, nous avons discuté avec Jean du cadre, du rythme de nos séances et de leur contenu : quatre rencontres à intervalle d'une semaine, dont la troisième dédiée à la passation du *Rorschach*. Cependant, le cadre de nos rencontres a souvent été mis à mal par les oublis ou annulations du jeune homme et nous avons émis l'hypothèse de la douleur associée à l'acte de remémoration des souvenirs d'un passé douloureux et des traumas vécus. Ainsi, en ne venant pas au rendez-vous, Jean met-il à distance son passé dont l'évocation est porteuse de souffrance.

Nous souhaitons également évoquer la difficulté chez celui-ci, à certains moments, à reconstruire sa trajectoire et les événements de vie qui y sont liés, aboutissant ainsi parfois à une certaine confusion et superposition des événements. Nous repérons chez lui à la fois la difficulté à reconstruire son histoire dans sa chronologie et dans la temporalité, l'amenant parfois à ne plus se rappeler d'un événement considéré comme important comme si sa remémoration était insupportable. Nous remarquons également que Jean peine à trouver une logique de construction à son discours. Nous faisons l'hypothèse qu'en plein travail psychique d'intégration des pans de son identité, Jean est en train d'assimiler et de mentaliser (associer et éprouver des affects) les différents événements de sa vie participant à ce qu'il est aujourd'hui.

Enfin, au cours des entretiens, Jean a évoqué un certain nombre d'éléments tels que des viols, la séquestration ou encore le fait qu'il ait assisté aux relations sexuelles extra-conjugales de la mère qui nous ont parfois déstabilisées, mais nous avons maintenu notre attention malgré des capacités de contenance mises à mal.

Analyse clinique et projective du *Rorschach*

Lors de notre troisième rencontre (c'est-à-dire, une semaine après notre deuxième entretien et trois semaines après le début de nos rencontres), nous lui avons proposé la passation d'un *Rorschach* afin de mieux comprendre les facettes de son fonctionnement psychique et leurs modalités singulières.

Le *Rorschach* offre également la possibilité pour celui-ci de s'en saisir comme matière d'expression et d'élaboration en tant qu'il peut favoriser la créativité et le travail de pensée grâce au travail de projection et de représentation qu'il sollicite chez le sujet. Il semble alors que cette épreuve projective favorise, en après coup, l'élaboration de certaines excitations internes ou pans traumatiques réactualisés par ce support et ouvre sur un espace de parole, sur un travail d'introspection, permis et soutenu par le psychologue. En effet, cette épreuve peut parfois permettre au clinicien d'avoir accès à des contenus indicibles, intraduisibles.

Plus concrètement et concernant nos travaux de recherche, le *Rorschach* semble un outil médiateur propice à la projection des traumatismes vécus dont nous repérons, à partir de certains travaux de projectivistes consacrés au retentissement du trauma à l'adolescence, quelques indicateurs tels que : présence d'objets introjectés hostiles, frustrants, persécuteurs; absence ou porosité des limites entre dedans et dehors, représentations du corps malmenées, attaquées et des difficultés à s'identifier à des figures humaines intègres; inhibition ou sidération, « un étouffement de la vie émotionnelle et pulsionnelle ou le renforcement des limites corporelles à visée protectrice contre l'effraction » (Mazoyer & Roques, 2014, p. 334), un choc aux couleurs traduisant une perturbation émotionnelle, l'absence de kinesthésie, de verbe d'interaction ou faisant intervenir des postures passives pouvant signer la passivation de lien face à l'agresseur, défenses maniaques ou dépressives... (Mazoyer & Roques, 2014, p. 339)

Le *Rorschach* de Jean donne lieu à des représentations traduisant tour à tour l'effraction, la pénétration, le morcellement traduisant la force et l'impact des traumatismes sur l'intégrité corporelle. Nous repérons des interprétations dégradées et dévalorisées du féminin et du maternel : planche VI « un insecte découpé, troué », planche II « les parties intimes d'une femme ». Ainsi les représentations se réduisent-elles à l'intime et

des connotations sexuelles crues. Le protocole présente peu de référence au masculin et au paternel. Notons aussi que Jean ne peut effectuer un choix identificatoire à la planche III : « On dirait les deux. La tête c'est une tête de femme, mais... le corps quand on voit les parties intimes... on sait pas ». Nous faisons ainsi l'hypothèse chez lui d'un défaut d'intériorisation du masculin et du féminin. Le sentiment identitaire semble précaire et fragile : planche IV « les déchets d'un poulet », planche V « je vois... comment on appelle ça... pas l'escargot, mais celui qui n'a pas de coquille... je sais plus ». Nous notons des représentations phalliques : aigle, rhinocéros, éléphants, chevaux... soutenant alors une quête de restauration de soi mise à mal. Aux planches pastel sollicitant les affects et la relation à l'environnement, Jean ne peut contenir ses affects, qui le débordent. Ne pouvant soutenir un travail de liaison de ceux-ci à des représentations, les excitations l'animant s'expriment sur un versant comportemental.

Malgré l'annulation de la restitution du test projectif, dans l'après-coup de cette passation du *Rorschach*, Jean évoquera, de manière certes abrupte, les deux traumatismes dont il a été victime. Ainsi, « la médiation par le Rorschach a-t-elle facilité la manifestation des mécanismes psychiques mobilisés pour faire face au trauma » (Mazoyer & Roques, 2014, p. 339).

DISCUSSION : NOUAGE D'UN VÉCU TRAUMATIQUE À LA PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE ET DE L'HOMOSEXUALITÉ

Quelle compréhension de la répétition des tentatives de suicide de Jean et de son homosexualité ?

La notion de passage par l'acte introduite par Roussillon illustre la fonction de l'acte au regard de l'histoire de vie de Jean. En effet, cette notion désigne le recours à l'agir par l'adolescent afin de différencier les différents registres psychiques menacés de confusion et d'introduire ensuite des limites, en s'étayant sur celles du corps (Roussillon, 2010). Pour Jean, l'absence de figuration des traumatismes, les carences affectives, la constellation familiale singulière et l'impasse subjective ont conduit à un état de tension extrême et débordant qui, en raison de carences élaboratives, n'ont trouvé d'autre issue que dans le passage par l'acte suicidaire. Le passage par le corps, au détriment de toute mentalisation, permet de trouver une forme de « repos psychique », un apaisement des tensions et des conflits internes.

Nous posons alors l'orientation homosexuelle de Jean comme une défense contre une figure maternelle omnipotente, intrusive, ne favorisant pas l'établissement d'un soi sûr et en continuité. Les problématiques identitaires et identificatoires se conjuguent et se renforcent. Autrement dit, l'homosexualité viendrait révéler la force des traumatismes précoces

complexifiant la construction de l'identité sexuelle et les déficits identificatoires. En faisant référence à de nombreuses reprises tout au long de nos rencontres à des représentations maternelles et féminines tour à tour dégradées et de nature anxiogène (menace de dévoration, de pénétration), Jean présenterait un « refus du féminin » (Schaeffer, 1997) et de la féminité, pourtant constitutives de la construction identitaire et de la bisexualité. Ce refus l'amènerait à faire un choix d'objet homosexuel pour dépasser ce refus et pour aménager ce conflit. Malgré les difficultés à pouvoir l'intégrer et l'assumer du fait de l'homophobie sociétale latente et de la capacité de chaque famille à accepter une orientation sexuelle différente de la norme, l'orientation homosexuelle apparaît en réalité en arrière-plan de la dynamique conduisant à l'acte suicidaire.

Pour aller plus loin dans notre raisonnement, les travaux de Green (1997), repris par Bokanowski (2002) nous semblent pertinents pour comprendre le nouage entre traumas précoces, orientation homosexuelle et problématique suicidaire. À partir de leurs travaux, de leur expérience analytique et de la rencontre avec des patients homosexuels masculins, ces auteurs ont pu noter dans leur parcours différentes problématiques et traumas, les amenant à formuler l'hypothèse de l'homosexualité comme aménagement à des vécus infantiles ayant mis en péril l'édification d'une identité stable en continuité et notamment le besoin d'expulser une trace du féminin afin de lutter contre l'envahissement du maternel du fait d'une mauvaise régulation par la loi paternelle.

Ainsi, au regard de ces études et de l'analyse du cas de Jean, nous soutenons les deux hypothèses suivantes :

- La tentative de suicide peut favoriser des remaniements psychiques des traumas précoces vécus. Autrement dit, et nous nous référons ici au travail de Marty (2011) : le trauma constitue un échec du travail de liaison d'un excès d'énergie qui n'a pas pu être intégré. Il déborde alors les capacités d'élaboration du sujet. La tentative de suicide, envisagée comme tentative à figurer, à symboliser ces traumas, pourrait prendre valeur de remaniement psychique de ceux-ci, dans la mesure où ils pourront être repris par le sujet, dans un travail de liaison et de relance de l'activité psychique. L'enjeu pour le sujet est donc de réussir à intégrer ses expériences douloureuses dans le fil de son histoire. Ainsi, c'est pourquoi nous serons attentifs dans notre travail à la manière dont le sujet est soutenu dans l'après-coup de son acte.
- La tentative de suicide masque la portée et l'intensité des traumas précoces, dans le sens où elle convoque d'abord la question de l'intégration de l'orientation homosexuelle et de ses conséquences.

L'apport de nos rencontres cliniques en milieu associatif : Des récits de vie singuliers, mais des éléments communs qui interrogent

Notre travail clinique a permis de repérer quelques éléments saillants, à la fois communs, mais articulés et intégrés de façon singulière, dans le parcours de vie des sujets rencontrés dans des associations. Ces éléments traumatiques nous permettent aujourd'hui de penser et d'orienter de façon concrète une prise en charge singulière et adaptée à la souffrance de ces jeunes homosexuels, afin de les soutenir dans leur quête de subjectivité.

Les sujets rencontrés évoquent souvent un climat familial violent et homophobe. Il s'agit fréquemment de constellations familiales pathologiques. Le père incarnant à maintes reprises une figure masculine autoritaire, rigide, voire violente, mettant à mal parfois l'introjection d'une figure masculine stable, sur laquelle l'adolescent pourra s'étayer et s'identifier; la mère, quant à elle, est maintes fois décrite par ces sujets comme sous la coupe du père, passive. Certains sujets évoquent aussi des violences maternelles et dénoncent le silence du père et son manque de positionnement, en tant que tiers dans la relation mère-fils, comme Jean. Dans ces familles, l'annonce de l'homosexualité est souvent impossible, sous peine de rejet, d'abandon, d'être violenté parfois sévèrement et durablement. L'homosexualité étant alors synonyme, pour ces familles, de honte, de maladie, de mauvais sort, d'anormalité... obligeant l'adolescent à venir se positionner en faux-self, en adoptant un rôle : celui de l'hétérosexuel, afin de maintenir le lien avec ses parents et de pouvoir répondre à leurs désirs, à leurs attentes. Ainsi, le nécessaire travail de subjectivation de l'adolescent est-il souvent mis en péril ne permettant pas d'intégrer l'orientation homosexuelle ni l'édification d'un sentiment identitaire stable, sécuritaire.

Nous repérons ensuite la présence de traumatismes précoces venant jalonnent le parcours de ces jeunes rencontrés. En effet, nous relevons des problématiques d'abandon, de maltraitances physiques et psychiques (violences physiques, séquestration, insultes homophobes, menaces...), de carences affectives et éducatives (nécessitant parfois le placement de l'enfant, de l'adolescent en foyer d'accueil). Il est parfois question de violences vécues durant l'enfance par une personne de la famille ou de l'entourage. Ainsi, ces rencontres ont-elles peu à peu amené à souligner la présence de traumatismes précoces, peu intégrés, et leurs liens éventuels avec le recours à l'acte suicidaire et l'orientation homosexuelle. Nous questionnons la place des traumatismes précoces dans l'économie psychique du sujet et les solutions singulières qu'il mobilise pour les dépasser et se « défaire » d'avec les conflits et les excitations internes qui l'animent. Alors, comme le souligne Samy (2003), le trauma, en tant qu'il déborde les capacités de

liaison du sujet, doit être pris en compte dans les états suicidaires, en tant qu'il constitue un facteur de vulnérabilité.

Nous soulignons également dans le parcours de ces sujets la force de la répétition des actes suicidaires et l'impulsivité avec laquelle ils surviennent. Les sujets que nous rencontrons évoquent le recours à l'acte comme la volonté de s'extraire, d'arrêter leurs souffrances. Ils évoquent la recherche d'un « repos », d'un « apaisement » plutôt que l'envie de mourir. Les éléments déclencheurs de la crise suicidaire mis de l'avant par ces jeunes ne sont pas tant l'orientation homosexuelle et sa difficulté à l'assumer auprès de soi et des autres que les souffrances familiales vécues et les traumatismes précoces non intégrés. Les sujets que nous rencontrons relatent bien souvent la répétition du geste suicidaire durant la période adolescente. D'une façon générale, il semble important de pouvoir reconnaître la survenue de l'acte dans un moment de débordement des capacités élaboratives de l'appareil psychique et qui semble s'imposer, dans l'instantanéité du moment, comme « solution » extrême (pathologique) pour faire face aux excitations internes qui l'animent. Nous proposons de considérer que, pour ne pas « mourir » psychologiquement, les sujets déplacent le conflit en s'attaquant à autre chose : le corps. L'acte signifierait-il alors « la nécessité d'une fin, d'un achèvement, qui ne peut être pensé mais seulement agi » (André, 2009, p. 455). Le corps se fait alors le relais de la psyché dans un mouvement de tentative de survie psychique et de contenir la destructivité. Nous suggérons de concevoir l'acte suicidaire comme un « procédé auto-calmant » (Smadja, 1993) dans la mesure où il s'agit d'une stratégie mise en place par le Moi pour retrouver une forme d'équilibre lorsque l'appareil psychique se trouve débordé. L'acte prendrait alors, dans un premier temps, une valeur d'externalisation des conflits, pour participer, dans un second temps, à la reprise des élaborations. De ce fait, l'acte signe à la fois les carences de symbolisation psychique des jeunes en même temps qu'une tentative de figurer les traumatismes vécus, les conflits, sur le corps (Haza & Keller, 2005). Ainsi, certains auteurs tels que Flémal et Lefèvre (2010) parlent-ils « d'acte de symbolisation » ou envisagent l'acte suicidaire, comme Bonnichon et Verdon (2012), comme « porte-parole » dans la mesure où il tente de signifier quelque chose. La tentative de suicide de ces jeunes sujets masquerait la portée et l'intensité des traumatismes.

Nous notons enfin la valeur de remaniement psychique que peut prendre l'acte suicidaire dans son après-coup. En effet, les sujets rencontrés évoquent souvent leur dernière tentative de suicide comme celle « *de trop* », comme celle qui fait dire « stop » et « fait prendre conscience » d'une volonté de « s'en sortir, malgré tout ». En effet, nous repérons dans le parcours de ces jeunes une rencontre (un ami, une

relation amoureuse, l'association, un éducateur...) qui incarne une figure étayante, stable, sans faille, bienveillante, permettant au sujet de commencer à se dégager de certaines conflictualités et répétitions.

Nous souhaitons maintenant conclure sur quelques perspectives de prises en charge.

QUELLE ORIENTATION DONNER À LA PRISE EN CHARGE DE CES JEUNES?

L'acte suicidaire chez ces jeunes homosexuels relève d'une dynamique singulière dans sa mise en œuvre et atteste une carence effective d'élaboration des traumas précoces vécus (Chasseguet-Smirgel, 1987) introduisant ainsi un glissement de la conflictualité psychique sur le corps afin d'en avoir la maîtrise. Le soma se faisant alors le relais de la psyché. Derrière le discours manifeste des jeunes évoquant la possibilité de pouvoir vivre et d'assumer auprès de tous leur homosexualité se joue en réalité la possibilité pour eux d'intégrer un passé souffrant et de pouvoir historiciser les événements traumatiques.

Nous envisageons de considérer les potentiels créateurs du passage à l'acte suicidaire en tant qu'il peut, chez certaines personnes, impulser une nouvelle dynamique psychique et un travail d'aménagement. Et suivant notre perspective psychodynamique, nous ne considérons pas seulement les aspects pathogènes du passage par l'acte suicidaire, mais en tant qu'il peut offrir, dans son après-coup, des remaniements psychiques. Ainsi, cette conception permet-elle de ne pas considérer l'acte seulement comme pathologique afin de travailler à son intégration, à son historicisation par le sujet (Jobin & Mandeville, 2005). C'est dans ce sens-là, nous semble-t-il, que doivent alors s'orienter nos actions, nos prises en charge.

Il paraît important de pouvoir créer avec les sujets rencontrés et accueillis un cadre, un climat sécure, contenant, bienveillant, dans lequel l'adolescent ou le jeune adulte pourra se sentir en confiance afin de « lâcher prise » et de commencer à opérer, par l'intermédiaire du clinicien, un travail d'élaboration, de mise en sens de son histoire. Celui-ci doit pouvoir incarner une figure bienveillante, sans failles, pouvant faire face aux projections, parfois violentes, des sujets et « tenir » face à ses agressions. Dans ces histoires familiales où il est souvent question d'abandon, de rejet ou d'omnipotence d'un des parents, le clinicien doit pouvoir trouver sa juste place en étant suffisamment présent (au risque de réactiver une angoisse de perte vis-à-vis de l'objet investi), mais sans être trop intrusif (réactivation d'une menace d'intrusion), être garant du cadre, mobiliser ses qualités d'écoute empathique et de contenance.

Le travail psychique effectué avec le sujet serait la possibilité de nommer et d'évoquer ses souffrances, les événements traumatiques émergeant au fil des rencontres, son histoire familiale, l'inscription de son ou ses actes suicidaires dans sa trajectoire de vie, le vécu de son homosexualité, ses personnes ressources, ses perspectives d'avenir et ses projets... L'enjeu est de permettre au sujet que l'on rencontre de pouvoir l'autoriser à exprimer ses conflictualités internes autrement que dans le passage par l'acte suicidaire. Ainsi, « il s'agit de faire en sorte que le traumatisme ne fasse pas écran à ce qui est vivant (vivant et figé) chez le patient, en panne, en souffrance » (Marty, 2011, p. 39). Le clinicien doit pouvoir offrir une reconnaissance, sans jugement, des affects et émotions que le sujet tente de mettre au travail, de lier. L'enjeu est donc de relancer et de maintenir un travail d'introspection chez le sujet que nous rencontrons, et accueillons, afin de transformer la scène traumatique en souvenir et l'intégrer dans son histoire de vie pour qu'il puisse « se projeter dans l'avenir parce qu'il est psychiquement vivant en reliant le présent à son passé » (Marty, 2011, p. 39). Tel serait l'enjeu majeur de nos prises en charge.

La prise en charge de ces jeunes permettrait de soutenir les remaniements psychiques s'opérant dans l'après-coup suicidaire au service, d'une part, de la sublimation des traumas vécus et leur intégration dans l'histoire de vie des sujets et, d'autre part, ensuite, de la réassurance d'une identité, d'une trame narcissique, mise en péril par les traumas vécus et les stigmatisations et rejets qu'a occasionné l'orientation homosexuelle. Le clinicien devrait soutenir un travail de subjectivation dans lequel l'adolescent ou le jeune adulte pourra reconstituer une temporalité de son vécu et y intégrer les différents pans de son histoire de vie faisant de lui ce qui le constitue aujourd'hui et que ce passé ne soit plus source de souffrance. Le cadre soignant ne peut devenir thérapeutique que s'il s'inscrit comme médiateur, comme un support à l'élaboration psychique.

En somme, comme le propose Korff-Sausse (2001, p. 221), le travail de l'après-coup suicidaire, soutenu par la rencontre avec le clinicien, serait de pouvoir « réinterpréter le passé et de désenclaver l'évènement traumatique et par conséquent, de rétablir les passerelles du temps que le trauma avait rompues ».

CONCLUSION

Le suicide adolescent fait l'objet de nombre de recherches en tant qu'il traduit une non-solution pour des jeunes confrontés à une période de crise narcissique et identitaire, mais aussi à des conflits externes (défaillance du milieu familial au niveau éducatif et affectif, formes de maltraitance,

harcèlement psychologique et moral scolaire) (Choquet & Gramboulan, 2004; Jeammet & Birot, 1994). Le suicide ou la tentative de suicide met à jour une souffrance qui ne peut plus être aménagée.

L'originalité de notre travail clinique et de nos recherches tient dans la prise en compte des remaniements psychiques de la postadolescence, et ce, dans l'après-coup d'un acte suicidaire ou de plusieurs. La répétition de tels actes atteste les tentatives d'intégration d'événements traumatiques restés non symbolisés. Nous entendons le passage par l'acte suicidaire comme le porte-parole de souffrances internes intolérables et comme une tentative de pouvoir les symboliser, les intégrer. La répétition de cet acte sous-tend ainsi un échec du travail de remaniement psychique permettant l'accès à un travail de symbolisation. Notre intérêt se déplace alors sur la manière singulière dont le sujet va s'approprier la possibilité d'effectuer ce travail psychique et, notamment, aux solutions trouvées par lui pour initier et soutenir un travail d'introspection.

Concernant notre population d'étude, si ce qui émerge en premier lieu lors de nos échanges avec ces sujets est la question de l'affirmation de l'homosexualité et de l'acceptation de la part de l'entourage, il s'agirait plutôt de pouvoir intégrer un passé souffrant et de pouvoir historiciser les événements traumatiques.

Nous soulignons enfin l'importance des associations œuvrant dans ce champ et avec lesquelles nous travaillons. En effet, quand ces jeunes, mis à mal puis rejetés par leur famille, leur entourage et pouvant alors se trouver dans l'errance, au risque de l'entrée dans la prostitution ou la toxicomanie, ces associations présentent un caractère salvateur pour ces jeunes homosexuels en perte de repères. En effet, au-delà de leur proposer un hébergement, elles sont de véritable soutien en raison de la pluralité et de la diversité des actions, des activités qu'elles offrent en concertation. Des psychologues sont disponibles et à l'écoute de ces jeunes lorsque ceux-ci éprouvent le besoin de les solliciter. Ils assurent un cadre, un « filet de sécurité », leur permettant, ne serait-ce que par leur simple présence à l'association ou lors d'activités, de se sentir dans un cadre sécurisé leur laissant une forme de « lâcher prise » et de se mobiliser sur leurs projets et perspectives futures. Des éducateurs et bénévoles sont également présents afin de mettre en place des ateliers, des activités leur permettant de recréer du lien, de retrouver du plaisir (cuisine, danse, théâtre, sorties au cinéma...). Ensemble, ils aident et travaillent à ce que le jeune puisse s'inscrire dans un projet professionnel et à accomplir, d'une façon générale, des démarches lui permettant de penser pour lui-même, pour son devenir.

RÉFÉRENCES

- Adam, P. (2001). *Dépression, tentatives de suicide et prise de risque parmi les lecteurs de la presse gay française*. In Synthèse de la journée d'étude « Vulnérabilité des jeunes gays et lesbiennes et risque de suicide ». Facultés Universitaires Saint-Louis, Bruxelles.
- Alléon, A.-M., & Morvan, O. (2014). La psychopathologie de la postadolescence. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Éds), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (p. 2201-2213). Paris : PUF.
- André, J. (2009). Du sentiment d'être qui vacille au geste suicidaire, quand le sujet ne se (re)connaît plus. *L'Évolution Psychiatrique*, 74(3), 445-457
- Beck, F., Firdion, J.-M., Legleye, S., & Schiltz, M.-A. (2010). *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et perspectives*. Dossiers Santé en action, I.N.P.E.S.
- Bokanowski, T. (2002). Homosexualité psychique, homosexualité masculine et cure psychanalytique : quelques propositions. *Cliniques méditerranéennes*, 65(1), 35-45.
- Bonnichon, D., & Verdon, B. (2012). Mourir pour être un homme : tentatives de suicide et identité sexuelle à l'adolescence. *Psychologie clinique et projective*, 18(1), 127-160.
- Bourdet-Loubère, S., & Pugnière, J.-M. (2011). Attirance sexuelle, suicidalité et homophobie intériorisée. In D. Welzer-Lang & C. Zaouche Gaudron (Éds), *Masculinités : état des lieux* (p. 113-122). Toulouse : Eres.
- Castañeda, M. (1999). *Comprendre l'homosexualité. Des clés, des conseils, pour les homosexuels, leurs familles, leurs thérapeutes*. Paris : Édition Robert Laffont.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1987). L'« acting-out », quelques réflexions sur la carence d'élaboration psychique. *Revue française de Psychanalyse*, 51(4), 1083-1099.
- Choquet, M., & Gramboulan, V. (2004). *Les jeunes suicidants à l'hôpital*. Paris : EDK.
- Dorais, M. (2001). *Mort ou fif. La face cachée du suicide chez les garçons*. Montréal : VLB.
- Dorais, M., & Chollet, I. (2011). *Être homo aujourd'hui en France. Enquête Le Refuge auprès de 500 jeunes gays et lesbiennes*. Paris : H&O essai.
- Flémal, S., & Lefebvre, A. (2010). Un travail de l'adolescence impossible : entre mort, délire et création. *Adolescence*, 72(2), 299-314.
- Green, A. (1997). *Les chaînes d'Éros : Actualité du sexuel*. Paris : Odile Jacob.
- Haza, M., & Keller, P.-H. (2005). Scarification chez l'adolescent suicidaire. *Adolescence*, 53(3), 733-742.
- Jeammet, P., & Birot, E. (1994). *Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*. Paris : PUF.
- Jobin, S., & Mandeville, L. (2005). Une vision positive du processus suicidaire : pour comprendre et intervenir différemment. *Revue québécoise de psychologie*, 26(1), 111-129.
- Korff-Sausse, S. (2001). Le trauma : de la sidération à la création. In F. Marty et al. (Éds), *Figures et traitement du traumatisme* (p. 199-222). Paris : Dunod.
- Marty, F. (2011). Traumatisme, une clinique renouvelée. *Le Carnet Psy*, 155(6), 35-40.
- Mazoyer, A.-V., & Roques, M. (2014). Mobilisation des processus psychiques chez des enfants victimes d'agression sexuelle. Contributions du Rorschach à la clinique du trauma. *Bulletin de Psychologie*, 532(4), 331-348.
- Roussillon, R. (2010). Précarité et vulnérabilité identitaires à l'adolescence. *Adolescence*, 72(2), 241-252.
- Ryan, B., & Frappier, J. Y. (1994). Quand l'autre en soi grandit : les difficultés à vivre l'homosexualité à l'adolescence. In D. Dorais, P. Dutey, & D. Welzer-Lang (Éds), *La peur de l'autre en soi : du sexisme à l'homophobie* (p. 238-251.). Montréal : VLB Editeur.
- Samy, M. (2003). Trauma et suicide : quelques aspects analytiques du trauma suicidogène chez les jeunes. *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 135-144.
- Schaeffer, J. (1997). *Le refus du féminin. La sphinge et son âme en peine*. Paris : PUF.
- Smadja, C. (1993). À propos des procédés autocalmants du moi. *Revue française de psychosomatique*, 4, 9-26.
- SOS Homophobie (2014). *Rapport sur l'homophobie 2014*. Paris : KTM Éditions.
- Verdier, E., & Firdion, J.-M. (2003). *Homosexualités et suicide : études, témoignages et analyse*. Saint-Martin-de-Londres : H & O Éditions.

Actualités de la recherche du suicide chez les homosexuels

RÉSUMÉ

L'objet de cet article est de contribuer à une réflexion autour de la prise en charge des actes suicidaires de jeunes homosexuels. Dans un premier temps, nous proposerons une brève présentation de quelques études épidémiologiques, permettant de saisir la prédominance du recours à l'acte suicidaire par notre population d'étude. Puis, à travers la présentation d'une situation clinique où se nouent traumas précoces, actes suicidaires et homosexualité, étayée par l'apport du test du Rorschach, nous proposons une conception de l'acte suicidaire orientant notre travail de prise en charge thérapeutique de ces jeunes. En somme, la tentative de suicide, ainsi que l'homosexualité semblent être en réalité des aménagements des traumas antérieurs vécus.

MOTS CLÉS

suicide, traumas précoces, prise en charge, homosexualité, Rorschach, remaniement psychique

ABSTRACT

The object of this article is to contribute to a reflection around the assumption of responsibility of the suicidal acts of homosexual young people. First, we will briefly present of some epidemiologic studies, allowing us to seize the prevalence of the recourse to the suicidal act by our population of study. Then, with the presentation of a clinical situation where early traumas, suicidal acts and homosexuality are tied, backed up by the contribution of the Rorschach test, we propose an understanding of the suicidal act, guiding our therapeutic work with these young people. In summary, attempted suicide and homosexuality seem to be arrangements of previously experienced traumas.

KEY WORDS

suicid, early trauma, care, homosexuality, Rorschach, psychic renewal
