



Avec un taux d'IVG très élevé chez les jeunes filles, la France n'assure pas une information et une prévention en matière de santé sexuelle suffisante et efficace. Proposition pour la création de réseaux locaux d'orthogénie.

Israël Nisand
Université de Strasbourg,
CHU de Strasbourg
Brigitte Letombe

Service de Médecine du couple
et orthogénie, CHU de Lille

Les réseaux locaux d'orthogénie

Dans le rapport remis en 2012 à Jeannette Bougrab¹ figure la proposition de créer des réseaux locaux d'orthogénie : « *Créations de réseaux pluridisciplinaires d'orthogénie (médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmières scolaires, conseillers conjugaux, centres de planification et d'éducation familiale et Mouvement français pour le planning familial) pour les jeunes, couvrant tout le territoire national et formation spécifique des professionnels de santé participant à ces réseaux de prévention. Préparer le corps médical à la pratique de la première consultation en contraception de l'adolescente et la rémunérer sous forme d'un C2 une fois dans la vie de la femme.* »

Les centres de planification et le Planning familial, dédiés à la contraception et à la prévention des grossesses non souhaitées chez les jeunes, ont fait la preuve de leur efficacité limitée. Mal connus des adolescents, mal répartis géographiquement, pas toujours ouverts aux horaires qui conviennent aux jeunes, ces centres ont peine à infléchir la courbe des grossesses non souhaitées chez les jeunes. Rajouter de nouveaux centres aux 1 300 existants sur le territoire national serait donc probablement peu efficace. Une alternative à cette option centralisatrice est d'organiser ces soins d'information et de prévention en les appuyant sur les professionnels déjà disponibles sur l'ensemble du territoire et à proximité des jeunes. Ces professionnels sont avant tout les médecins généralistes (souvent connus des jeunes), mais

1. Nisand I., Letombe B., Marinopoulos S. *Et si on parlait de sexe à nos ados?* Paris : Odile Jacob, 2012.

aussi les sages-femmes et les infirmiers libéraux qui couvrent au mieux le territoire national. Proximité et disponibilité les caractérisent.

Il faut les former à cette médecine préventive et répartir les interventions en milieu scolaire, qui sont indispensables au fonctionnement de cette prévention. L'échec des Pass contraception² (plusieurs d'entre eux, dont celui d'Île-de-France et de Poitou-Charentes, se sont arrêtés faute d'adhésion des jeunes mais aussi des établissements scolaires) montre, s'il en était besoin, qu'on ne peut pas se passer de la formation préalable du corps médical ni de celle des adolescents, sous peine d'être boudé par les jeunes.

Si on prend l'exemple des pays européens qui ont fait mieux que la France dans le domaine de la prévention primaire en matière de santé sexuelle, toute leur stratégie est initiée par une information donnée en milieu scolaire et ceci dès le plus jeune âge. Les premiers pas sont réalisés dans l'enfance avec les maîtres, qui ont de fait une formation adaptée dans leur cursus. Respect de soi, respect de l'autre, lutte contre la pédophilie intrafamiliale en apprenant aux enfants dès l'âge de 6 ans au CP que leur corps leur appartient. Puis, lors des premiers émois, voire des premières amours, adjonction d'un intervenant extérieur pour aborder les questions relatives à la sexualité. La loi de 2001 prévoit ce dispositif en France, mais elle n'est appliquée nulle part. Une

2. Les Pass contraception sont une réaction locale au vide laissé par l'absence de projet de santé publique national sur le thème de la santé sexuelle des femmes. Ce qui veut dire une absence d'organisation collective et raisonnée sur les moyens à mettre en œuvre partout en France pour commencer d'améliorer la situation.

demande faite aux ministres de l'Éducation nationale successifs de bien vouloir faire établir par les chefs d'établissements scolaires la liste de leurs ressources humaines disponibles pour effectuer cette obligation légale est restée jusqu'ici lettre morte. Peur des réactions de certaines corporations de parents d'élèves? Peur de perdre un électorat conservateur? La loi de la France n'est simplement pas appliquée. Quoi qu'il en soit, toute démarche de santé publique qui négligera ce passage incontournable, l'information à la vie affective et sexuelle, aura un succès équivalent à celui des Pass contraception : bel effort mais inutile, même pas connu des jeunes, encore moins utilisé par eux.

Des professionnels de santé formés comme interlocuteurs des adolescents

Apprendre à effectuer ses premiers pas dans sa vie sexuelle, c'est plus difficile que d'apprendre à traverser la rue sans se faire renverser. Car il faut du tiers dans ce parcours, qui n'est pas, comme se l'imaginent certains, une affaire de famille. Au moment des premiers émois, l'adolescent a l'impression de tromper ses parents et sa préoccupation première reste de ne pas les décevoir. Il cache donc tout. Ce qu'il sait. Et ce qu'il fait. Les parents ont toujours leurs « bébés » et nous disent au hasard des consultations à quel point celui-ci n'est pas encore concerné par le fait sexuel, ce qui bien sûr est faux. *Exit* donc les parents pour protéger leur enfant dans ce passage délicat car ils sont mis hors jeu par l'enfant lui-même. *Exit* également les professeurs, qui sont des « proparents » et qui nous affirment d'ailleurs volontiers que ce n'est pas leur rôle et souvent qu'ils n'en ont pas la compétence. Alors puisque ce ne peut être ni les parents ni les professeurs, que reste-t-il à l'adolescence si ce ne sont les professionnels de santé au sens large, mais formés correctement à cette démarche. Les jeunes savent apprécier qui parle et quelle est sa compétence. La tentative des années 1970 de confier cette tâche aux professeurs de SVT s'était soldée par un échec rapide. Depuis 2001, date de la loi sur l'information à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire, on avait largement le temps de constituer les ressources humaines nécessaires. Faire de ce sujet une thématique politique a un coût et la note est payée par les jeunes femmes de France qui gardent un taux d'IVG trois fois plus élevé que ceux des Pays-Bas, de la Suisse ou du Québec.

Un autre constat d'échec de nos politiques de santé publique, qui se résume à donner quelques subventions ici ou là à des associations privées dont on attend en retour le silence complice, c'est l'absence de formation des professionnels de santé eux-mêmes. La consultation de primo-contraception est compliquée, coûteuse en temps et en savoir-faire. Qui forme nos médecins, nos sages-femmes et nos infirmières à cette démarche? Où est-elle dans les programmes de formation? Comment rétribue-t-on le temps passé à ce travail d'une importance primordiale dans la vie d'une femme? La conséquence se trouve dans les chiffres : la moitié des mineures qui sollicitent une IVG ont eu une prescription de contraception préalable. Argent dépensé inutilement, car à quoi sert une consultation médicale où la prescription écrite sur un coin de table n'a d'égal dans la promptitude de sa rédaction que le peu de temps consacré à la jeune femme pour lui donner des conseils élémentaires. Tout ceci n'a aucun sens, pas plus que le chèque Pass contraception donné pour aller voir un médecin qui n'est pas préparé à ce type de consultation.

Pas d'information sur la sexualité en amont. Pas de formation du réseau médical d'aval. Il manque l'essentiel et tout est prêt pour qu'on puisse continuer de se lamenter de nos 22 000 IVG en métropole chez les moins de 20 ans³. Il en sera de même demain et après-demain, tant que ce sujet sera aussi politisé et que le féminisme militant sera aussi silencieux sur ce sujet. Car ce ne sont pas les hommes qui ont à faire le parcours difficile et parfois blessant d'une IVG à 15 ans.

Alors comment sortir de cette impasse où on peut résumer la situation à une préférence de la puissance publique à payer les IVG plutôt qu'à les prévenir. L'IVG n'est pas et ne sera jamais, quels que soient les propos de certains idéologues, un équivalent de contraception. Le penser, c'est ignorer la vie affective des femmes.

Les réseaux locaux d'orthogénie : des expériences concluantes

Des réseaux locaux d'orthogénie (RLO) existent déjà ici ou là sur la base du volontariat et de l'initiative militante. Ils ont prouvé leur efficacité dans les deux domaines de la formation des professionnels et des adolescents. Regroupés autour d'un professionnel

de santé ou d'un centre dont c'est la mission, ces réseaux locaux doivent former leurs membres à intervenir en milieu scolaire. Ils se répartissent les établissements de leur zone géographique et veillent à ce que toute une classe d'âge puisse bénéficier de leurs interventions. Ils organisent l'accueil individuel des jeunes par un professionnel de santé capable de répondre à leurs questions ou angoisses intimes sans qu'ils aient à payer, sans qu'ils aient à donner leur nom et sans qu'un examen gynécologique soit imposé. Ces lieux et cabinets doivent être connus des jeunes et ouverts aux horaires qui leur conviennent. L'information délivrée par les professionnels concerne bien sûr les écueils rencontrés au début de la vie sexuelle (grossesses non souhaitées et IST) mais est aussi une parole d'adulte sur la sexualité qui soit autre chose que la seule source actuelle d'information, à savoir la pornographie, qui n'est en fait qu'une désinformation, humiliante pour les femmes et angoissante pour les garçons. Laisser nos jeunes en stabulation libre (ils peuvent regarder ces images pendant des heures sans payer quoi que ce soit), sans accompagner ces images d'une parole des adultes, peut être considéré comme une forme de barbarie des temps modernes.

Les émoluments des professionnels doivent donc être réglés en tiers payant et les pharmaciens doivent délivrer préservatifs et contraceptifs, gratuitement, en se faisant rembourser en tiers payant sur un code désormais existant. Enfin ces réseaux locaux d'orthogénie doivent établir avec les agences sanitaires locales les statistiques d'IVG chez les mineures qui concernent leur secteur pour identifier les quartiers où il faut renforcer leur action. Il faut en outre que les RLO aient des moyens pour rétribuer le temps passé par les professionnels de santé dans les écoles. L'actuel volontariat ne fait que souligner le fait que la puissance publique ne s'est pas engagée dans ce type de prévention.

Faire confiance aux professionnels qui couvrent l'ensemble du territoire plutôt qu'à des centres qui n'ont pas suffi à la tâche, c'est constituer des réseaux locaux d'orthogénie mais aussi montrer qu'on a décidé collectivement de faire de cette question un projet national de santé publique. Si on acceptait d'allouer une partie de l'argent investi dans les IVG à la prévention de celles-ci, tout le monde, à l'exception de ceux qui ont des conflits d'intérêt dans ce domaine, y verrait une avancée. La meilleure IVG n'est-elle pas celle qu'on a réussi à prévenir? ●

3. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Études et Résultats*, Drees, n° 0968, juin 2016.



tribunes

Lesbiennes, gays, bisexuels et trans : les problèmes de la discrimination

Si l'on étudie le poids des inégalités et des discriminations dans les parcours de vie des personnes, on peut prédire leur état de santé. S'agissant des personnes homo-bisexuelles ou trans, on trouve souvent des vies marquées par les discriminations, les violences, le rejet, des périodes d'isolement familial et/ou social... et une prévalence élevée de suicides, une plus grande vulnérabilité aux IST, dont le VIH, et un moindre accès aux soins.

Lucile Bluzat

Unité santé sexuelle, Santé publique France

Selon une enquête de 2012 sur les discriminations [23], la discrimination sur la base de l'orientation sexuelle est la deuxième plus répandue au sein de l'Union européenne. Près du tiers des répondants de l'enquête presse gays et lesbiennes de 2004 [70] rapportait avoir subi un acte homophobe dans l'année écoulée. Près de 60 % des répondantes d'une enquête de l'association SOS homophobie en 2015 [26] ont vécu au moins un acte lesbophobe au cours des deux années précédant l'enquête.

S'agissant des plus jeunes, les discriminations homophobes se caractérisent par la faiblesse du soutien familial et social, la faible intervention des adultes et la précocité des préjudices. Le moment de l'entrée dans la sexualité est souvent vécu dans l'isolement par les personnes homo-bisexuelles, qui cachent à leur famille, mais également à leurs proches et leurs pairs, leur vie affective, voire vivent dans la crainte de sa révélation. SOS homophobie fait état, dans son enquête de 2015 [26], de l'invisibilité contrainte des femmes lesbiennes : seules 26 % des répondantes en parlent à tous les membres de leur famille et 18 % en parlent à tous(tes) leurs collègues. Ces difficultés à échanger avec l'entourage sur leurs désirs et leurs premières relations homosexuelles vont de pair avec un contact qui sera plus tardif avec des institutions ou des collectifs communautaires. Au-delà de l'absence d'oreilles attentives à leurs questionnements d'adolescents, ils n'ont le plus souvent aucun pair aîné pour échanger sur leurs expériences, et peu de modèles positifs pour se construire comme le font les adolescents hétérosexuels. Cet état d'isolement a

enfin pour conséquence qu'ils/elles subissent le plus souvent les discriminations et violences sans bénéficier de conseils, ou de soutien affectif, de la part de leurs parents ou ami(e)s.

Les discriminations subies par les personnes trans sont très liées à leur parcours de vie : selon que la personne correspond ou non aux attentes de l'aspect physique lié à son genre ; selon que son état civil correspond ou non à son « visage social »... Cependant, les témoignages faisant état de discriminations et de violences subies dans l'espace public ou dans les institutions restent massifs, et de grandes difficultés pour obtenir des emplois, logements, accès aux droits sont régulièrement rapportées. La bienveillance et/ou malveillance de l'entourage, proche et élargi, joue également un rôle déterminant dans le fait que la personne puisse être ou non ouvertement trans et subir moins de rejet et/ou de violences et/ou de discriminations.

Un rapport sur les discriminations à l'encontre des lesbiennes, gays, bisexuels et trans (LGBT) à l'école en 2013 [58] expliquait que les actes homophobes, lesbophobes et transphobes participent à créer une ambiance hostile, de stigmatisation. Celle-ci touche, bien sûr, les personnes directement visées par les actes mais également toutes celles qui seraient concernées sans avoir forcément été identifiées. Ainsi, la stigmatisation permanente et massive construit l'idée que l'homosexuel ou la personne non conforme au genre assigné à sa naissance serait par définition « méprisable », et que sa stigmatisation serait « légitime ». Si l'on voit des trajectoires et des comportements de résilience s'installer avec l'âge et l'autonomisation des jeunes,

la perte d'estime de soi, l'anxiété, la honte, la culpabilité, la crainte permanente d'être « démasqué » ou harcelé laissent des traces profondes et durables. Quelle que soit la stratégie mise en œuvre pour éviter ou résister à une possible discrimination, le coût psychique et physique s'avère souvent élevé, y compris à long terme.

Quelles sont les conséquences des discriminations pour la santé ?

Depuis le début des années 2000, le lien qui existe entre suicide et orientation sexuelle a été particulièrement documenté. En effet, les personnes homo-bisexuelles apparaissent comme davantage concernées par le risque de suicide que les autres. Parmi les répondants de l'enquête presse gays et lesbiennes 2011 [71], 49 % ont vécu un épisode dépressif au cours de leur vie (26 % des moins de 25 ans ont eu un état dépressif au cours des douze derniers mois), 19 % ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, soit cinq fois plus que dans la population générale. Ainsi que le décrit l'ouvrage *Les Minorités sexuelles face au risque suicidaire* [11] : « *Les résultats des études empiriques récentes, portant sur des populations différentes, indiquent que l'hypothèse de l'homophobie comme facteur de risque de comportement suicidaire est pour l'instant l'hypothèse la plus solide pour comprendre la sursuicidalité observée en population homol/bisexuelle.* »

Ces populations connaissent également des difficultés d'accès aux soins et aux services de santé publique. Ces difficultés sont liées à des discriminations effectives (refus de soins, réactions stigmatisantes des professionnels, répartition géographique inégalitaire des soins liés à la santé sexuelle adaptés pour les personnes homo-bisexuelles et les personnes trans), ou à des discriminations liées au ressenti (méconnaissance des droits de protection santé, autocensure, croyance de ne pas mériter les soins...). Un rapport du Conseil de l'Europe¹ souligne un moindre dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus pour les femmes lesbiennes et bisexuelles. Dans une enquête française menée auprès de personnes trans en 2007 [25], 20 % des participants déclarent avoir renoncé à consulter un médecin traitant par peur d'être discriminés du fait de leur transidentité, tandis que 49 % ont subi une discrimination ou renoncé à un droit de peur d'en subir une.

Qu'est ce qui est fait, que reste-t-il à faire ?

Il est démontré que l'intégration des droits humains dans les programmes de santé publique améliore et amplifie l'effet de ces programmes sur la santé des minorités sexuelles et des personnes discriminées [43]. La santé sexuelle nécessite donc un environnement légal, politique et réglementaire, dans lequel les droits sexuels de tous les individus sont respectés, quelle que soit leur orientation sexuelle. Les discriminations structurelles, c'est-à-dire conséquences de dispositions légales, ont fait l'objet d'avancées ces dernières années pour les populations homo-bisexuelles et trans. Cependant, il semble important d'inscrire ce mouvement dans une vue plus large, d'être attentif à leurs effets, leurs applications et de tout mettre en œuvre pour que les dispositions prises soient effectives. Ainsi Bajos et Bozon écrivaient en 2008 [6] : « *L'accès des homosexuels à des droits et le développement d'une tolérance de principe à l'égard de l'homosexualité [...] ne suffisent à produire des changements radicaux dans les attitudes privées à l'égard de l'homosexualité.* »

Par exemple, malgré de nombreux rapports et des circulaires inspirées des recommandations internationales, les modèles éducatifs en matière de sexualité, par tradition et préjugés, ne s'inspirent pas toujours du principe de non-discrimination et restent marqués par les stéréotypes, notamment de genre. Une enquête récente [3], qui avait pour objectif d'analyser la façon dont les professionnel(le)s et les jeunes appréhendent le consentement dans la sexualité, montre combien les stéréotypes de genre restent finalement très ancrés tant dans les pratiques des professionnel(le)s que dans les comportements des adolescent(e)s. De plus, ces modèles sont encore marqués par l'hétéronormativité et n'offrent que trop peu souvent un espace aux jeunes LGBT pour se projeter dans leur vie sexuelle et affective. Ainsi, le baromètre du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE), réalisé auprès de 3 000 établissements scolaires en 2015 [61], nous apprend que les interventions en éducation à la sexualité dans le cadre scolaire sont encore très ciblées sur certains sujets : VIH/sida, contraception/IVG et respect. En revanche, d'autres thématiques sont peu abordées comme les questions de l'identité, des orientations et discriminations sexuelles, les stéréotypes de sexe et les violences faites aux femmes.

Enfin, si le respect des droits sexuels de tous les individus est un préalable indispen-

sable, il est également important de garder une vision plus large et de rester attentif à l'intégration de ces droits dans le contexte plus global de la personne. À titre d'illustration, extrême mais très parlante, je citerais la situation des hommes ayant des relations avec des hommes (HSH) afro-américains et latino-américains aux États-Unis. Une étude récente [54] montre que la synergie des discriminations subies potentialise largement les conséquences sur la santé des personnes. Si le développement de l'accès aux traitements du VIH dans certaines grandes villes américaines a permis une baisse considérable des nouvelles contaminations, cette tendance ne s'observe pas de manière homogène parmi les HSH. Et c'est bien le manque d'accès aux services de santé des hommes afro et latino-américains qui limite la portée de ces dernières avancées en matière de prévention. La France vit un modèle sanitaire très différent mais des freins à l'accès aux soins de populations précaires ou migrantes sont bel et bien rapportés par les organisations les accueillant sur le terrain [48].

Conclusion

Le poids des discriminations comme déterminant de la santé des personnes homo-bisexuelles et des personnes trans est tel qu'il devrait être intégré à tous les niveaux de la conception et de la mise en œuvre des programmes de santé publique. « *Tout ce que vous faites pour moi sans moi, vous le faites contre moi.* » Cette phrase de Nelson Mandela ici transposée suggère qu'il est nécessaire d'impliquer les personnes concernées dans les pratiques ou la réflexion. Cela ne va pas de soi, c'est compliqué à mettre en œuvre dans un pays comme la France, où la notion d'universalité s'oppose à celle de communauté, et demeure un sujet important de débat public. Mais c'est bien cette implication qui pourrait permettre de comprendre et d'accompagner la résilience. Et cette implication des personnes concernées permettrait également aux professionnel(le)s, à tous les niveaux de l'action, d'acquérir les compétences nécessaires pour gérer ces problématiques particulières et peu documentées. ●

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.

1. *Discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre en Europe*. Éditions du Conseil de l'Europe, décembre 2011.



L'anomalie de l'obtention du plaisir sexuel survient dans des situations et avec des degrés de gravité divers : présentation des différentes formes observées et des modèles qui tentent de les expliquer.

Guy Darcourt

Professeur émérite de psychiatrie, université de Nice-Sophia-Antipolis, membre de l'Espace éthique azuréen

Troubles des conduites sexuelles

Les conduites sexuelles déviantes relèvent à la fois de la pathologie et du jugement moral. Elles ne sont pas toutes illégales mais certaines peuvent conduire à des délits ou à des crimes.

Leur appréciation morale varie selon les cultures. Par exemple dans l'antiquité grecque, si l'homosexualité était réprouvée, la pédophilie était valorisée. L'homosexualité, qui dans nos cultures est considérée comme un mode de vie alternatif, est, dans d'autres cultures, interdite et même pénalisée; elle a été éliminée en tant que diagnostic par la psychiatrie occidentale depuis une quarantaine d'années. La pédophilie, qui était peu condamnée, est maintenant fortement surveillée et poursuivie.

Autrefois appelés « perversions sexuelles », les troubles des conduites sexuelles sont maintenant dénommés soit « troubles de la préférence sexuelle » selon la classification de l'OMS [1], soit « paraphilies » (du grec *para* et *philia* « à côté » et « amour ») selon la classification américaine [2], soit déviances sexuelles. Ce changement de dénomination est dû à un changement des critères de définition. Auparavant le critère était le mécanisme psychique en cause : la modalité « perverse » d'obtention du plaisir, cette appréciation était subjective, puisque due à une interprétation, et on préfère actuellement des critères objectifs qui correspondent à ce qui est observable : le comportement. Cela ne veut pas dire que les mécanismes psychiques n'existent pas, ils sont même importants à connaître.

Alors que la plupart des maladies mentales provoquent une souffrance du sujet, les para-

philies au contraire lui provoquent du plaisir. Le trouble est une anomalie de l'obtention du plaisir sexuel. Il ne survient pas dans une relation génitale visant à obtenir l'orgasme avec un partenaire consentant. Il survient dans des situations diverses avec des degrés de gravité évalués selon trois critères.

Trois critères de gravité

Le premier, le plus évident et le mieux connu, est celui de la situation qui déclenche l'excitation sexuelle. Les circonstances qui provoquent cette excitation sont diverses. Dans le voyeurisme, c'est l'observation d'une personne nue, en train de se déshabiller ou d'avoir des rapports sexuels. Dans l'exhibitionnisme, c'est de montrer ses organes génitaux. Dans le frotteurisme, c'est le fait de toucher ou de se frotter contre une personne. Dans le masochisme sexuel, c'est le fait d'être humilié, battu, attaché ou tout autre acte entraînant de la souffrance. Dans le sadisme sexuel, c'est la souffrance d'une autre personne. Dans la pédophilie, c'est la présence d'enfants. Dans le fétichisme, c'est l'utilisation d'objets ou un intérêt spécifique pour une ou plusieurs parties non génitales du corps. Dans le transvestisme, c'est le fait de se travestir. L'inceste est une forme particulière de pédophilie exclusivement intrafamiliale. Il existe de multiples autres formes moins fréquentes de paraphilies : la scatophilie téléphonique (appels obscènes), la nécrophilie, la zoophilie, la coprophilie, la clystérophilie (lavement), l'autostrangulation pour provoquer une anoxie, etc.

Le deuxième concerne l'acte lui-même : ou le sujet vit en solitaire son excitation

associée à des fantasmes ou des pulsions et conduisant à un orgasme, ou il a besoin d'un partenaire non consentant. Le point important est ce non-consentement (ou même la résistance) car c'est là que réside la source du plaisir qu'éprouve le paraphile, il ne peut jouir qu'en imposant son pouvoir. Dans le premier cas, l'appréciation morale est fonction de la culture. Dans le second, elle est à la fois morale et juridique puisqu'il s'agit d'un délit.

Le troisième repose sur la place que le trouble occupe dans la vie sexuelle du sujet : certaines personnes ont besoin de fantasmes exhibitionnistes ou voyeuristes ou fétichistes ou autres dans les préliminaires d'un acte sexuel, cela reste dans les limites de la normalité ; il y a aussi des formes modérées compatibles avec une sexualité normale ; mais dans les formes sévères, ces comportements pathologiques sont exclusifs, le sujet n'a pas d'autre possibilité d'obtenir un orgasme : non seulement il a une sexualité anormale mais c'est la seule qu'il peut avoir.

Il faut noter le rôle central des fonctionnements sadiques et masochistes car ils infiltrent souvent la dynamique des diverses paraphilies. La souffrance que le sadique impose à l'autre n'est pas toujours physique, elle peut être psychique : son plaisir vient de la domination de l'autre, du fait de lui faire faire ce que celui-ci ne voudrait pas.

Dans les formes très graves comportant des crimes sexuels, de tels troubles sont fréquemment associés à d'autres troubles de la personnalité, surtout de type psychopathe ou antisocial. On constate aussi très souvent dans ces cas l'abus d'alcool ou de toxiques.

La prévalence des paraphilies est mal connue. Dans une étude réalisée en France en 2010 auprès d'une population carcérale par l'Observatoire international des prisons, sur 61 000 prisonniers (98 % d'hommes et 2 % de femmes), 14,5 % avaient commis des délits ou des crimes sexuels [3].

Modèles explicatifs

Une publication récente fait le point sur les connaissances actuelles en ce domaine [3].

Modèles psychologiques

La psychanalyse considère que ces comportements, qu'elle appelle pervers, sont dus à des fixations à des stades archaïques de la libido à la suite de traumatismes psychiques, fixations qui n'ont pu être corrigées par le surmoi au cours du développement affectif.

Ainsi le sadisme et le masochisme seraient la survivance du stade sadique-anal.

On a constaté aussi des distorsions cognitives dans certaines paraphilies. Par exemple, les sujets pédophiles, mais non les violeurs, se distinguent des autres sujets : « *Ils présentent des attitudes plus permissives à l'égard des enfants, surévaluent la responsabilité et l'intérêt des enfants à l'égard de leur propre sexualité et sous-évaluent, en revanche, leur responsabilité en tant qu'adulte, dans ces contacts sexuels* » [3]. Cette constatation approfondit la sémiologie de la pédophilie mais n'apporte pas d'information sur la cause du trouble.

Modèles cérébraux

Le fonctionnement de plusieurs régions cérébrales est lié à des comportements sexuels. Certaines lésions cérébrales s'accompagnent de troubles du comportement sexuel. Les lésions situées dans le lobe frontal entraîneraient une désinhibition comportementale et sexuelle. Des lésions bilatérales des lobes temporaux semblent être responsables d'une augmentation de l'activité sexuelle.

Des réductions de volume de la substance grise dans l'amygdale droite ont également été rapportées chez des hommes pédophiles. Des anomalies du cortex orbitofrontal pourraient contribuer au passage à l'acte pédophile dans la mesure où ce cortex joue un rôle inhibiteur de certains comportements inappropriés.

L'activité cérébrale de criminels sadiques à qui l'on montrait des vidéos de personnes en train de subir des coups et blessures douloureux a été observée par scanographie. Les images montrent une activation dans l'insula antérieure, l'amygdale, l'hypothalamus et le striatum ventral que l'on ne trouve pas chez les sujets normaux [4].

Facteurs hormonaux

Les hormones sexuelles, notamment la testostérone, jouent certainement un rôle, mais il demeure mal connu. Cette hormone intervient à la fois dans le comportement sexuel et dans l'agressivité. Elle est nécessaire pour une activité sexuelle, mais il n'a pas été montré d'élévation de son taux chez les paraphiles. En revanche, certaines études plaident en faveur de l'existence d'une corrélation positive entre la violence du comportement et le taux de testostérone, mais cette élévation se voit dans toutes les formes de violence, qu'il y ait paraphilie ou non. Il semble que les choses soient plus complexes qu'une simple corrélation directe

entre le taux hormonal et le comportement, et qu'il y ait un ensemble d'interactions avec d'autres hormones, notamment avec le cortisol, et des dysfonctionnements d'ensembles hormonaux, de circuits cérébraux et des interactions entre ces systèmes.

Facteurs génétiques

Les études des caryotypes de délinquants sexuels [3] ont mis en évidence chez certains la présence de chromosomes surnuméraires, le plus souvent Y (XYY) et rarement X (XXY). Il est difficile d'établir une corrélation entre ces anomalies et la délinquance car l'immense majorité des sujets XYY et XXY ne sont pas des délinquants sexuels.

Les études familiales [3] ont montré une plus grande fréquence de crimes et de délits sexuels dans les antécédents familiaux de sujets eux-mêmes déviants sexuels. Une étude finlandaise [5] portant sur 4 000 paires de jumeaux a montré une concordance accrue de pédophilie chez les jumeaux monozygotes comparativement aux dizygotes. Cette deuxième étude est en faveur d'une prédisposition génétique, mais la première ne peut départager l'hypothèse génétique et celle du rôle de l'environnement. ●

Références

1. OMS. *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. 10^e édition française (CIM-10). Paris : Masson, 1993.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5^e éd. : le DSM-5, trad. française. Paris : Elsevier Masson, SAS 2016.
3. Thibaut F. Troubles des conduites sexuelles. Diagnostic et traitement. *EMC Psychiatrie*, 13(3) : 117, 2016 [Article 37-105-G-10].
4. Harenski et al. *Arch. Gen. Psychiatry*, Vol. 63, 2012, p. 283.
5. Alanko K., Salo B., Mokros A., Santtila P. Evidence for heritability of adult men's sexual interest in youth under age 16 from a population-based extended twin design. *Journal of Sexual Medicine* 10 (4), January 2013.



tribunes

Le Refuge : une association d'aide aux jeunes gays, lesbiennes et personnes transidentitaires

Témoignage de l'association Le Refuge, dont la mission est de soutenir, accompagner et accueillir, si besoin, les jeunes gens victimes d'homophobie et de transphobie.

Frédéric Gal

Directeur général de l'Association nationale Le Refuge

Trop souvent, la population homosexuelle est rejetée et mise à l'écart malgré une amélioration du système législatif protégeant ces minorités. Face à cette situation, l'accompagnement social prend toute sa place. Ce sont les instances sociales que des jeunes rejetés et se retrouvant à la rue vont rencontrer. Assistantes de service social de secteur ou scolaires, conseillers d'insertion en missions locales, etc., vont être les premiers interlocuteurs d'un public en errance, à la recherche principalement d'une écoute, d'un toit, puis d'un emploi.

Au-delà de l'aspect technique d'un accompagnement, c'est aussi une prise en compte de la spécificité du rejet lié à l'homosexualité, de ses conséquences pour le jeune, notamment sur ses capacités à se réaliser pleinement. Et là, force est de constater que la formation des travailleurs sociaux pêche par omission. Si les programmes de formation sont déjà (pour certains) assez inaudibles sur la question de la sexualité, celle de l'homosexualité est encore plus occultée, et même quelquefois taboue.

Les conséquences de cette absence ou de ces lacunes au niveau de la formation ne sont pas des moindres. En effet, les acteurs du social devront trouver *par eux-mêmes* et *en eux-mêmes* les solutions à ces questionnements pourtant légitimes. Cela suppose que ces mêmes acteurs auront l'idée et l'envie de faire cette démarche. Cela suppose aussi qu'ils puissent trouver des réponses à leurs interrogations. C'est ce que propose Le Refuge dans ses séances de sensibilisation et de formation en direction du personnel socioéducatif, et c'est bien l'esprit de la convention signée en 2011 entre Le Refuge et la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Rejet familial et social

L'homophobie familiale se manifeste de manière régulière par un rejet simple et catégorique... qui n'est quelquefois pas causé par l'annonce du jeune mais lorsqu'une connaissance vient le faire, à sa place, à sa famille.

Lors de l'annonce par le jeune lui-même, trois réactions peuvent arriver : la joie (plutôt rare), la colère (qui signifie souvent, malgré la violence des mots, « Je t'ai entendu ») ou le silence après la nouvelle... et le déni qui s'ensuit : cette dernière étant la pire des réactions, celle qui dit « Je ne t'ai pas entendu, je nie ce que tu es, je nie cette part de ton être ».

La difficulté ressentie réside aussi dans la non-appartenance au groupe ; sortir de ce groupe hétéronormatif dans lequel tous les jeunes sont plongés : les garçons doivent aimer les filles, les filles doivent aimer des garçons.

Par conséquent, les jeunes qui découvrent leur orientation sexuelle non hétérosexuelle se retrouvent trop souvent rabaissés, désespérés et seuls à cause de l'image que la société renvoie de l'homosexualité et du peu d'information, voire de l'absence d'information donnée à ce sujet, notamment dans leur environnement scolaire.

La désapprobation du milieu scolaire est souvent couplée d'un rejet de la part du milieu familial. Ainsi, une étude américaine citée par Ryan et Frappier¹, en 2000, révèle que 45 % des jeunes gays et 20 % des jeunes lesbiennes ont été victimes d'insultes ou maltraités.

Cet isolement et cette mise à l'écart

1. Ryan B., Frappier J.-Y. Quand l'autre en soi grandit : les difficultés à vivre l'homosexualité à l'adolescence. In : Welzer-Lang et al. *La Peur de l'autre en soi*. Montréal : VLB, 2000.

60 hébergements pour 500 demandes d'admission

Le Refuge est le seul dispositif en France conventionné par l'État à proposer un hébergement temporaire et un accompagnement social et psychologique à des jeunes majeurs, garçons et filles, victimes d'homophobie, en rupture familiale.

L'association, qui gère un dispositif d'accueil de 60 places en appartements-relais et structures hôtelières, est confrontée à plus de 500 demandes d'admission par an.

Plusieurs dispositifs d'hébergement sont désormais opérationnels :

- les appartements-relais de Lyon, Marseille, Montpellier, Paris, Toulouse et Choisy-le-Roi,
- les hébergements en structures hôtelières à Avignon, Bordeaux, Lille et Perpignan. ●

conduisent à une chose en premier lieu : une remise en question du jeune lui-même, avec une perte de confiance en lui ainsi qu'un mal-être, conséquence de cette souffrance.

Ce mal-être débouche sur des conduites à risques plus importantes, d'autant plus fortes auprès de cette population.

Des conduites à risques plus fréquentes

Les conduites addictives, la prostitution, les scarifications sont autant de témoignages « vivants » de la souffrance singulière de ces jeunes. Ici une mise en danger physique, là, une volonté « d'écrire sa souffrance sur sa peau », ces comportements ne sont que des manifestations de l'homophobie intériorisée, qui représente un véritable danger pour ces jeunes-là, confrontés au rejet global de leur sexualité, de leur identité. Le jeune peut alors se placer non pas dans la situation d'une personne « normale » rejetée par les autres, mais peut finalement penser que si les autres le rejettent, c'est qu'eux ont raison, que « l'anormalité » vient du jeune lui-même. Il faut donc la combattre, ce qui sous-entend de se combattre soi-même. Les conduites évoquées plus haut ne sont que la mise en pratique de ce combat. Les tentatives suicidaires sont encore plus présentes durant cette période.

Il ressort d'ailleurs de l'étude américaine citée par Ryan et Frappier (2000) que près de 33 % de ces adolescents jettent un regard négatif sur eux-mêmes ou croient qu'ils n'ont pas autant de valeur que les autres personnes. La fréquence des dépressions est d'ailleurs nettement supérieure dans la population homosexuelle que dans la population globale : le Baromètre santé 2005 de l'Inpes relève une prévalence de 10,4 % d'épisodes dépressifs caractérisés au cours des douze derniers mois chez les homosexuels et bisexuels, à comparer à 3,9 % chez les hétérosexuels.

Or, l'homosexualité n'est pas un choix. Le

sentiment d'inadéquation personnelle ou sociale et la difficulté de s'accepter comme étant d'orientation homosexuelle ou bisexuelle contribuent aussi à ce qu'un jeune entretienne une faible estime de lui-même. Tout cela entraîne un repli sur soi et un sentiment de solitude. Cette très faible estime de soi est due à l'image négative de l'homosexualité, aux rejets vécus, à la dépréciation quotidienne et aux difficultés de socialisation avec les autres jeunes et avec l'entourage en général.

Les adolescents disposent de peu de modèles auxquels se raccrocher et ces jeunes se construisent sans modèle positif. L'homosexualité est encore associée à une image négative et les adolescents doivent composer avec cette réalité pour se construire une image positive d'eux-mêmes. L'absence de modèles positifs offerts à ces jeunes conduit à un déni de leur propre personne et à une homophobie intériorisée, qui peuvent entraîner le passage à l'acte.

Ainsi, le taux de suicide chez les jeunes homosexuels n'est pas le résultat d'une particularité intrinsèque au sujet homosexuel, mais la réponse individuelle à une stigmatisation sociale négative.

Les jeunes accueillis et le rôle du Refuge

Parmi les jeunes accueillis par l'association, trois « populations » sont surreprésentées :

- les mineurs,
- les étrangers,
- les jeunes encore en contact avec leurs parents.

L'âge moyen des jeunes demeure quasiment identique d'une année sur l'autre : 21,1 ou 21,2 ans.

Au niveau de la répartition par genre, nous avons une grande majorité de garçons : 69 % de garçons et 24 % de filles (14 % en 2014). Pour donner une explication, comme on nous le demande souvent, elle

peut tenir en plusieurs points : l'invisibilité de la question de l'homosexualité féminine, les réseaux amicaux qui sont peut-être plus forts et plus efficaces chez les lesbiennes, l'idée que ce n'est qu'une « passade » et que la jeune fille va « changer », mais aussi l'idée que deux filles pourront malgré tout perpétrer une descendance. Malheureusement, les motifs de cette disparité ont du mal à émerger en l'absence d'études concrètes sur ce terrain en France, contrairement à ce qui est réalisé au Canada.

À 74 %, le public du Refuge est en situation de précarité, voire de grande précarité, c'est-à-dire sans revenu. Cette absence de revenu est aussi une brèche où peuvent s'infiltrer la prostitution de survie ou l'échange logement contre sexe. C'est une période où ce risque est très élevé, et où des risques supplémentaires (maltraitance, viol, agression, etc.) sont associés.

À 14 %, ils perçoivent des allocations (chômage, etc.), et 9 % sont en situation d'emploi.

Majoritairement, à 29 % (contre 33 % en 2014), les jeunes sont sans logement et sont hébergés chez un tiers (connaissances, amis...).

Enfin, à 26 %, ils viennent de la rue (contre 16 % en 2014). Cette population-là est considérée comme prioritaire selon nos critères d'urgence.

Depuis treize ans, l'association Le Refuge propose un accompagnement social et psychologique ainsi qu'une réinsertion socioprofessionnelle afin de permettre un accès à l'autonomie et un travail sur soi. Elle est composée de 15 salariés de 300 bénévoles, travailleurs sociaux, volontaires du service civique, stagiaires, tous issus d'horizons différents mais ayant l'accompagnement social comme toile de fond de leur investissement.

Le Refuge intervient aussi régulièrement auprès des professionnels dans le cadre de leur formation, et comme outil de réflexion sur leurs pratiques.

Depuis quelques années, Le Refuge apparaît comme une structure de référence pour son expertise dans le domaine de la prise en charge de ce public. Elle est reconnue comme un outil dans la formation des professionnels (éducatif, social, de santé...) et a été régulièrement auditionnée par les commissions des Affaires sociales du Sénat et de l'Assemblée nationale, par la Direction générale de la cohésion sociale, et a participé à de nombreux colloques sur les thématiques de santé. ●