

## Note de synthèse

La place croissante prise par la problématique de la « souffrance des adolescents » (Sicot, 2006) dans l'agenda politique (Coutant & Wang, 2018 ; Fassin, 2004) a conduit à la mise en œuvre de politiques publiques en faveur de la prévention du risque suicidaire à l'instar de la création des Maisons Des Adolescents et des dispositifs de veille et de recontacts pour la prévention du suicide (Notredame and al., 2019). Cette évolution est congruente avec une autre évolution importante des représentations sociales survenue à la même époque selon laquelle c'est la santé et non plus la maladie qui doit être au cœur de l'attention publique. S'il s'agit désormais d'œuvrer pour la santé et la qualité de vie (et pas uniquement contre la maladie), toutes les institutions à commencer par la famille, en passant par l'éducation nationale, l'aide sociale à l'enfance, la protection judiciaire de la jeunesse sont mises à contribution (Maillard, 2011 ; Morel, 2002). Ainsi, la prise en charge des troubles psychiques, de la « souffrance psychique » (Lazarus & Strohl, 1995), devient une préoccupation de plus en plus centrale pour des travailleurs sociaux (Bresson, 2006 ; Chambon et al., 2020 ; Léon, Kammerer, 2021), une nouvelle manière de qualifier les problèmes sociaux et par voie de conséquence une nouvelle extension de leur champ d'intervention.

Ce travail explore la prise en charge du risque suicidaire des mineurs placés, à la croisée du champ de la santé mentale et de la protection de l'enfance. L'idée est de rendre compte des pratiques, des dilemmes et des épreuves des professionnels (Ravon, Naquet, 2014) par une approche qualitative, en étant à l'écoute des catégories pratiques et des référentiels théoriques qu'ils mobilisent pour mettre en sens les discours des jeunes et leurs perceptions du vécu suicidaire des enfants et adolescents. Au-delà des enjeux auxquels sont confrontés les professionnels face à ce risque, leurs connaissances, leur implication de première ligne nous donne accès à des données précieuses pour saisir les contextes sociaux du risque suicidaire des mineurs en lien avec les institutions qu'ils fréquentent et leurs trajectoires.

L'équipe de recherche entend contribuer tant à la progression des connaissances sociologiques qu'à la progression des connaissances dans les domaines de la protection de l'enfance et de la pédopsychiatrie dans une optique de recherche appliquée, en vue d'identifier des outils, des ressources et de permettre un échange d'expériences et de bonnes pratiques. L'équipe est particulièrement attentive à la description des freins du travail partenarial afin de favoriser l'accordage des professionnels de la protection de l'enfance et des lieux d'écoute et de soin.

## Éléments méthodologiques

Nous avons orienté cette recherche dans une approche qualitative du risque suicidaire dans le cadre du placement pour deux raisons disparates. Premièrement parce que la rareté relative du phénomène<sup>1</sup> et les obstacles pratiques de collectes de données ne permettent pas de produire une population d'enquête pertinente pour un traitement strictement statistique. Deuxièmement, notre espoir est de pointer des circonstances locales, voire individuelles, invisibilisées par l'approche quantitative, dans le sillage d'autres travaux longtemps minoritaires (Baudelot et Establet, 2018 ; Halbwegs, 2002). S'intéresser aux individus et à leur entourage, à leur vécu et au sens qu'ils mettent au geste suicidaire « en tant que drame individuel » (Baudelot et

---

<sup>1</sup> En 2017 en France, 9 filles et 16 garçons de 1 à 14 ans se sont suicidés, ainsi que 97 jeunes femmes et 229 jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans.

Establet, 2018) permet de dépasser le manque de précision des données statistiques<sup>2</sup> et les disparités pour une même catégorie d'individus (Deffontaines, 2019).

La sélection des professionnels interrogés, pour les 74 entretiens réalisés, s'est opérée selon un principe d'équilibre entre les types de structures et les fonctions des professionnels dans la perspective du travail comparatif annoncé. En effet, notre démarche repose sur la multiplication des points de comparaison et l'inscription dans un travail d'enquête multi-située à la croisée des dispositifs sanitaires et sociaux. L'effort de recherche s'est ainsi déployé sur 3 territoires auprès de professionnels occupant des fonctions variées (médecins de santé publique, cadres de direction, cadres intermédiaires, pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, infirmiers, assistants de service social, éducateurs, moniteurs) dans différents établissements et services (services de l'aide sociale à l'enfance, Maisons d'Enfants à Caractère Social, foyer d'urgence, services dédiés à l'accompagnement des adolescents rétifs au placement, services d'accompagnement à l'autonomie, services jeunes majeurs, Points d'Accueil Écoute Jeunes, CMPP, Maisons des Adolescents, services hospitaliers de pédopsychiatrie). Cette approche multi-située cherche en outre à dépasser les cloisonnements institutionnels souvent reproduits par des enquêtes spécialisées sur un secteur, pour prendre en compte l'expérience de mobilité des adolescents.

Des raisons théoriques, méthodologiques et éthiques nous ont conduits à privilégier une enquête auprès de professionnels des établissements et services de protection de l'enfance et de santé mentale. Mais le prisme d'un regard adulte-centré et professionnalo-centré ne demeure pertinent qu'à la condition qu'il soit analysé dans son contexte institutionnel de production en tant que discours situé sur l'objet. Notre projet vise précisément à cerner en préalable les contraintes qui pèsent et les conditions qui jouent sur la qualification par les professionnels des pensées et comportements des enfants et adolescents. Sachant que cette qualification est elle-même un préalable au déploiement d'une attention spécifique et à l'orientation des enfants et adolescents concernés vers un parcours de soin adapté. Cela constitue, par exemple, une opération de recherche essentielle en amont de toute tentative de décompte.

## Cadre éthique et déontologique

Quelles que soient les données (propos tenus en entretien, situations observées, etc.) nous avons procédé à une anonymisation poussée (identité de personnes et de structures, lieux, dates) et à la suppression ou à la modification des caractéristiques trop singulières de situations susceptibles de permettre l'identification d'une personne ou d'une structure. Par ailleurs, nous nous sommes interdit toute forme de comparaison interdépartementale concernant des données sensibles (nombre et caractéristiques d'évènements graves, tensions institutionnelles rapportées) et avons choisi de mener une analyse agrégée des différents territoires. Ce gommage volontaire des disparités locales dans le phénomène permet cependant d'évoquer quelques facteurs moins polémiques qui agissent sur la qualité des partenariats entre protection de l'enfance et pédopsychiatrie.

---

<sup>2</sup> Une des critiques principales adressées aux sociologues qui suite à Durkheim appuient leurs recherches sur des statistiques est que le suicide est un concept idéal peu mesurable sociologiquement. Considérer que la mort d'une personne relève du suicide est de l'ordre du jugement. Ainsi les données statistiques médico-légales ne peuvent quantifier le nombre de morts par suicide, elles quantifient plutôt le nombre de morts attribuées au suicide.

## Principaux résultats

En décrivant les quelques caractéristiques repérables dans les cas de suicide ou de tentative de suicide qui nous ont été rapportés par nos enquêtés, nous avons mis en avant les propriétés souvent associées à ces gestes (mode opératoire, lieux, sexe, ect.) et rendu compte des grands motifs de suicide perçus par les professionnels. Le premier enjeu majeur est celui du décompte comme du repérage, préalable à la reconnaissance du problème public du surrisque suicidaire des enfants et adolescents sous mesure de placement et à son traitement et sa prévention. Les théories professionnelles sur les causes du risque suicidaire, si elles ne sont pas dénuées d'objectivité et d'éléments d'observations cliniques et sociales, donnent surtout à voir les projections des professionnels. Elles n'épuisent donc pas les causes du suicide de mineurs et peuvent même dans certaines circonstances combler un défaut de récit et de parole par les enfants eux-mêmes sur les causes de leur mal-être.

L'enquête fait apparaître une minimisation du phénomène par les intervenants sociaux de première ligne et la difficile localisation de la souffrance ou de la qualification du degré de risque souvent brouillée par un continuum de conduites à risque. À l'impossible nomination du phénomène suicidaire, vient s'ajouter son périlleux traitement dans les circonstances d'un accueil collectif où les particularités d'attention, la reconnaissance de la vulnérabilité, de la souffrance, entrent souvent en tension avec la gestion du quotidien, du collectif et le mandat éducatif qui vise l'autonomisation. Le refoulement du risque suicidaire s'il peut donner l'impression d'être structurel par manque de formation et dans les conditions d'exercice en foyer, s'impose pourtant comme une réalité qui ne peut plus être déniée au moment des crises. Dans ce contexte, le surcroît d'inquiétude généré pour les intervenants de première ligne, concomitant au sentiment d'impuissance et de désarroi, marque le désaveu du travail éducatif et semble conduire inéluctablement au besoin impérieux et rapide de la pédopsychiatrie.

Comparativement, les professionnels des services et établissements de soin sont mieux formés au repérage, à la qualification de la problématique suicidaire et à sa mise en mots. Leur approche des adolescents est, en outre, plus individualisée. Ils semblent plus à même de rendre compte du point de vue de ces derniers sur ce qu'ils vivent et plus renseignés quant à leur histoire familiale, médicale et même de placement. À la différence des professionnels de la protection de l'enfance et malgré le constat du manque de moyens, ces professionnels semblent plus satisfaits de leurs ressources humaines, matérielles et théoriques. Pour autant, les prises en charge des soignants n'en sont pas moins marquées par l'épreuve du silence et la difficile verbalisation des mineurs, la non captivité de ce public et la précarité de leur trajectoire de soin qui obligent à trouver des pratiques en dehors des répertoires d'actions classiques, du colloque singulier en face à face.

L'autre enjeu central réside surtout dans les difficultés d'accordage entre les professionnels des deux secteurs autour des situations à risque suicidaire. Nous avons ainsi identifié les processus de grippement du travail collaboratif. Ainsi, les tendances (à envisager à l'aune du contexte actuel de pénurie) des professionnels du soin à sous-estimer les limites qui s'imposent aux professionnels de la protection de l'enfance, à faire preuve de défiance vis-à-vis de leurs discours, à minimiser leurs besoins de relais et les tendances, du côté des professionnels de la protection de l'enfance, à se décharger sur les professionnels du soin et à s'illusionner sur leurs moyens.

Si le risque suicidaire apparaît si difficile à identifier, c'est aussi que la souffrance professionnelle et le sentiment d'impuissance agissent comme effet de brouillage pour objectiver des situations de souffrance rencontrées par les mineurs. En effet, le risque suicidaire

a de fortes répercussions sur les vécus des intervenants de première ligne dont nous avons montré quelques déclinaisons comme la culpabilité, la sidération, l'arrêt des prises en charge ou des carrières. À cet égard, l'enjeu est de taille, car la transformation de ces émotions, souvent consubstantielles à l'exposition au risque suicidaire et véritables empêchements à la stabilité des prises en charge, mériterait un important travail réflexif, de reprise et d'élaboration voire dans certaines circonstances un travail thérapeutique. Or, le tabou entourant la mort par suicide, de surcroît quand il s'agit d'enfant, peut conduire à produire des dynamiques accusatoires, au sein des institutions et parfois dans l'espace public, et à minimiser le rôle des instances de traitement du deuil comme les moments de l'annonce, les cérémonies funéraires.

