

RAPPORT FINAL ONPE 2024

État suicidaire de jeunes en structure collective de protection de l'enfance :

Quelles ressources partenariales, de prévention et d'intervention
pour les professionnels ?

Coordination : Charlène Charles

Équipe : Myriem Auger, Christophe Trombert



Laboratoire
LIRTES

ides

Centre
Max Weber



Table des matières

Introduction	10
Éléments méthodologiques	11
Cadre éthique et déontologique	15
Terrains d'enquête	16
Plan du rapport	17
Première partie : Des spécificités des crises suicidaires des mineurs de la protection de l'enfance ?	19
1. Suicidalité et protection de l'enfance	19
2. Les suicides de jeunes placés rapportés par les professionnels enquêtés	20
3. Les tentatives de suicide rapportées par les professionnels enquêtés	21
4. Les motifs que les professionnels donnent au fait de se faire du mal	24
4.1 De quoi l'acte auto agressif est-il le symptôme ?	24
4.2 Les motifs perçus de suicide	25
Deuxième partie : Des professionnels socio-éducatifs de MECS et de foyer d'urgence face au risque suicidaire	34
1. Des obstacles et des angles morts dans le repérage	34
1.1 Obstacles à la création d'une relation de confiance	34
1.2 Peu d'évocations de la place et du point de vue des parents.....	34
1.3 Une faible mise en avant du caractère généré du mal être	35
2. Des catégories de jugement peu centrées sur le suicide en tant que tel	36
2.1 L'indicible suicidaire.....	36
2.2 Morcellement des perceptions des conduites suicidaires chez les professionnels et les jeunes	38
2.3 Le continuum mal-être	40
3. Quels risques perçus du côté de la protection de l'enfance ?	41
4. Réagir aux états suicidaires à la protection de l'enfance	43
4.1 Sentiment de ne pas pouvoir s'appuyer sur le secteur de la santé mentale et d'être seul	43
4.2 Occuper le jeune suicidaire, empêcher des cogitations, le surveiller, réduire les possibilités... ..	44
4.3 Essayer de créer du lien et ne pas savoir quoi dire	44
4.4 Passer par d'autres modes de communication	46
4.5 Crainte de contagion et logique de crise	47
4.6 Un conflit de rôle entre fonction cadrante-éducative et fonction d'appui psychologique ?	49
5. Des psychologues de MECS à la croisée de l'éducatif et de la santé mentale	51
Troisième partie : Les professionnels soignants des structures de la santé mentale et leurs interventions auprès des jeunes de la protection de l'enfance	55
1. L'évaluation du risque	55
2. Pratiques thérapeutiques face à des obstacles à la verbalisation	57
2.1 Une inquiétude revalorisante qui soigne ?.....	57
2.2 Réduire la distance pour dépasser le mutisme des jeunes.....	58

3. Comparaison de contextes divergents d'intervention en protection de l'enfance et en santé mentale.....	59
4. C'est du psychiatrique, de l'éducatif ou du psychotrauma (« mad, bad or sad »?) ?	61
4.1 Faire le tri entre la détresse du jeune, la souffrance du professionnel et les limites de fonctionnement des MECS et des éducateurs	62
4.2 Équipes mobiles de pédopsychiatrie : Théorisation d'un soutien aux équipes éducatives, parfois en lien avec une théorie médicale du psycho trauma	63
4.3 Un cadre éducatif comme préalable au soin, ou l'inverse ?	65
Quatrième partie : Le quotidien relationnel des institutions sanitaires et sociales en charge des adolescents présentant une problématique suicidaire. Une collaboration sous tension	67
1. État des lieux.....	69
1.1 Inscription des adolescents repérés dans un parcours de soin	69
1.2 Défauts attestés de collaboration	73
2. Conséquences de la « déshospitalisation » et des difficultés d'accès aux soins ambulatoires	78
2.1 Du côté des soignants	78
2.2 Du côté des foyers.....	83
3. Le faible investissement de la question du soin par la Protection de l'enfance	85
3.1 Faible prise en compte de la souffrance psychique	85
3.2 Côté soignants : conséquence du mauvais accompagnement en santé de la protection de l'enfance	87
Cinquième partie : Les défis de la prévention des risques psychosociaux et de la postvention face à l'indicible du geste suicidaire.....	91
1. Une approche sociologique de la culpabilité face au risque suicidaire.....	92
1.1 La culpabilité comme drame de la « conscience professionnelle »	92
1.2 Chercher des coupables.....	96
1.3 Les mécanismes de défense collectifs : « on n'est pas tout puissant »	99
2. La difficile prévention des risques psychosociaux : un indicible sociale et psychique ?	101
2.1 Du traumatisme professionnel aux empêchements du travail.....	102
2.2 Des effets traumatogènes différenciés	105
2.3 Soigner les soignants : dilemmes pratiques	107
3. Des effets symboliques avortés des rites en institution ?	111
3.1 Communications institutionnelles autour du suicide : une sortie du tabou ?	112
3.2 Des cérémonies désintégratives	115
Conclusion générale	119
Recommandations	121
Bibliographie.....	127
Annexe 1 : État des lieux de la suicidalité des adolescents	137
Annexe 2 : Les suicides de jeunes placés dans la presse régionale et nationale (2011-mai 2024)	144

Introduction

À la fin des années 1980, dans un contexte social dégradé et marqué par l'augmentation du chômage, plusieurs rapports témoignent d'une inquiétude émergente face à l'accroissement de la souffrance sociale ordinaire des adolescents et des exclus du marché du travail. En 1997 Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la santé, lance une réflexion plus spécifique sur la prévention du suicide. Une impulsion qui entrainera dans son sillage un programme national de prévention et une stratégie nationale d'action face au suicide.

Cette nouvelle préoccupation de santé publique et 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 et al., 2019), par exemple aujourd'hui le dispositif Vigilans. Cette évolution est congruente avec une autre selon laquelle c'est la santé et non plus la maladie qui doit être au cœur de l'attention publique. Pour François Sicot, l'usage de la notion de « santé mentale » plutôt que de « maladie mentale » instille l'idée que le soin ne relève plus uniquement de la réparation (de la thérapeutique), mais également de la maintenance (Denis, Pontille, 2022) et de l'amélioration des performances (développement des habiletés sociales, etc.). 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 extension de leur champ d'intervention. Dans un contexte d'oppositions historiques entre deux conceptions étiologiques des difficultés sociales : comme relevant des inégalités d'une part ou d'un déficit personnel et d'une souffrance intime d'autre part (Castel 1981 ; Bresson, 2006 ; Fassin, 2004), l'introduction de la notion de santé mentale et la création des nouveaux dispositifs de soin et d'écoute sont perçues, par certains, comme un accélérateur de la sanitarisation des problèmes sociaux (Fassin, 2004) et de la psychologisation du monde social.

Notre travail explore la prise en charge du risque suicidaire des mineurs placés, à la croisée des champs 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, à l'écoute des catégories pratiques et des référentiels théoriques mobilisés pour mettre en sens les situations, les discours des jeunes et les vécus qui leurs sont attribués. Au-delà des enjeux auxquels ce risque confronte les professionnels, leur implication de première ligne et les connaissances qu'ils en retirent nous procurent des données précieuses pour saisir les contextes sociaux du risque suicidaire des mineurs selon leurs trajectoires et les institutions qu'ils sont amenés à fréquenter.

Ce faisant, la 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 au 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 vers une approche qualitative du risque suicidaire dans le cadre du placement pour deux raisons assez dissemblables. Premièrement, la rareté relative du phénomène¹ et les obstacles pratiques à la collectes de données ne permettent pas de produire une population d'enquête pertinente pour un traitement statistique, d'autant que toutes les tentatives passées d'identification de combinaisons de facteurs de risque et de facteurs protecteurs ont produit des résultats peu prédictifs (Vandevoorde, 2013, 2014). Deuxièmement, notre espoir était de pointer des circonstances locales, voire individuelles, invisibles pour l'approche quantitative et impossibles à convertir en variables et en modalités, dans le sillage d'autres travaux longtemps minoritaires (Baudelot, Establet, 2018 ; Halbwegs, 2002). S'intéresser aux individus et à leur entourage, à leurs vécus et au sens qu'ils mettent dans le geste suicidaire « en tant que drame individuel » (Baudelot, Establet, 2018) permet de dépasser le manque de précision des données statistiques² et des disparités pour une même catégorie d'individus (Deffontaines, 2019). Les moyens plus ou moins passifs ou actifs de mourir et les circonstances du suicide montrent déjà des zones grises dans la qualification du suicide et son interprétation entre accident, abandon général ou geste précis et délibéré (Atkinson, 1978 ; Douglas, 1967 ; Sacks, 1993 ; Taylor, 1982). L'éventail des choix de moyens, de lieux, de positionnements vis-à-vis des tiers, le caractère préparé ou non de l'acte, décourage d'employer le singulier (« le suicide »), de dissocier suicide et tentative de suicide et fait douter du caractère suffisamment explicatif des facteurs de risque couramment retrouvés chez les suicidants et les suicidés. Le fait que le phénomène reste minoritaire même au sein d'un groupe qui cumulerait un grand nombre de facteurs de risque, ou de caractéristiques seulement corrélées au risque (sans compréhension des causalités sous-jacentes), montre que ces variables statistiques fréquemment associées aux gestes suicidaires sont à la fois trop générales et incomplètes pour être assez explicatives. Les façons dont des facteurs protecteurs contre le risque suicidaire se combinent avec des facteurs de risque restent incertaines et tout cela n'épuise pas de toute façon la question des incorporations et des effets de la prohibition du suicide (juridique parfois par le passé, religieuse et morale aujourd'hui) sur les idées et gestes suicidaires. Le terme de risque (une surprobabilité à grande échelle qui n'augure rien du quand, du comment et du où à petite échelle) est très bien choisi, il reste à lui accoler des éléments sur les processus (la plupart de suicides complétés ont été précédés de tentatives, des pensées suicidaires précèdent ses tentatives, etc.), les contextes plus immédiats qui pourraient jouer le rôle de déclencheur, les façons dont on qualifie son état et ses velléités de mourir ou de se faire du mal, le sens qu'on donne à sa vie et à sa mort, de même les façons dont ces éléments sont perçus par l'entourage.

Pour ces raisons, il apparaît que les significations du geste s'inscrivent aussi dans des configurations sociales et singulières spécifiques où la volonté de mourir peut apparaître ambivalente. Il y a sans doute également beaucoup à apprendre des modes opératoires, fortement genrés dans les tentatives (brutalité et moindre réversibilité des modes opératoires masculin, moindre violence, moindre létalité et plus grande lenteur et réversibilité des modes opératoires féminins), et de ce qu'ils disent de cette ambivalence à vivre ou mourir, des

¹ 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.

² 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 implique un 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.

représentations de leur mort chez les suicidants, des raisons de vouloir mettre un terme à leur vie, et de l'image qu'ils veulent donner à leur geste.

Alors qu'une approche trop mécaniciste du suicide ferait perdre le tracé de sa réalité sociale (Baudelot, Establet, 2006, p.16), les approches qualitatives du suicide se heurtent cependant à d'autres difficultés comme celles de l'accès au terrain face à l'impossibilité de recueillir la parole des premiers concernés voire même celle de l'entourage avec le risque de réactiver un traumatisme ou la culpabilité qui apparaît toujours agissante (Desfontaines, 2019).

Saisir des souffrances dans des trajectoires et des situations

Sur la question du suicide adolescent, le rapport de Le Moine et Morgiève (2021) nous éclaire sur les usages de médicaments par intoxication volontaire en rendant compte de leurs problématiques de vie. L'intérêt de ce travail tient à ce que la « tentative de suicide » devient un objet de recherche à part entière. L'approche ethnographique des consultations pour adolescents suicidaires déplace la question des causes du suicide, principalement axée sur les facteurs ou les déterminants sociaux du risque suicidaire vers celle de la complexité des « situations à risque ». Le geste suicidaire est analysé à l'aune du contexte social de vie dans lequel évoluent ces adolescents et duquel ils essaient de s'extraire. Les auteurs analysent la « personnalisation accrue de la vie sociale » montrant les tensions opérant pour ces adolescents face aux injonctions à l'autonomie (Ehrenberg, 1998), à la plénitude, à la réussite. Ils explorent les tensions de l'affiliation et de la dépendance en montrant que l'intégration personnelle et le mode d'affiliation des jeunes devraient toujours ménager une forme d'indépendance. Les contextes d'affiliation les plus propices à susciter un comportement suicidaire en probabilité, nous disent-ils, sont ceux qui n'autorisent pas précisément « la formation d'un point d'équilibre stable entre l'attachement et l'indépendance, soit que le poids de l'appartenance y est trop fort, soit que le lien s'avère trop erratique ou distendu » (Le Moine et Morgiève, 2021, p.24). Enfin ils pointent les tensions entre aspirations et réalisations à partir de la valeur que les jeunes s'attribuent ou qui leur est attribuée rencontrant la problématique de l'injonction à la réussite et des possibilités réelles dans lesquelles ils se trouvent. Dans le cadre de ces tendances qui pèsent sur la jeunesse, cette enquête met en lumière l'hétérogénéité des gestes suicidaires au sein d'une même tranche d'âge, et les « configurations sociales suicidogènes » dans lesquelles se combinent des facteurs de risques (Desfontaines, 2019). Ce débordement du seul suicide nous conduit donc à parler par la suite « d'état » suicidaire pour tenir ensemble tout le spectre allant de l'idéation suicidaire jusqu'aux tentatives de suicide parfois, puis plus rarement jusqu'à la mort. Il nous semble plus prudent de penser qu'il peut n'y avoir qu'une différence de degré ou de palier entre idéation, crise suicidaire, tentative et suicide accomplis et que l'issue, entre tentative qui échoue et suicide qui réussit, tient parfois à peu de chose. Abstraire ce qui précède le suicide, ou abstraire sa part d'échec, serait comme vouloir étudier l'homicide sans tenir compte des tentatives d'homicide ni des questions de préméditation éventuelle, et des attermoissements des acteurs pour trancher entre d'éventuelles qualifications de la situation.

Précisons que cette recherche sur le sujet du suicide s'inscrit dans un ensemble de travaux ethnographiques contemporains sur les affections mentales des adolescents proches de celle du suicide, tels que les scarifications (Brossard, 2010), les hikikomoris (Fansten et al., 2014) ou l'anorexie mentale (Darmon, 2003). Ces travaux permettent d'appréhender autrement les troubles psychiques en remettant en cause une distinction essentialiste normal/pathologique. Les perspectives de ces recherches visent à saisir la construction des catégories, y compris nosographiques, et leurs évolutions en les rapportant à leur contexte social et historique. S'il n'appartient pas au sociologue de distinguer les catégories du normal et du pathologique, en

revanche il peut les prendre pour objet et s'intéresser à la manière dont ces qualifications sont attribuées « en tant que question d'assignation et d'imputation » (Darmon, 2003, p.9). Ces recherches décrivent également des pratiques en montrant concrètement ce que les jeunes font et se font subir et non ce qu'ils représentent. En replaçant ces pratiques dans leur contexte de vie sociale, Baptiste Brossard (2010), par exemple, analyse l'automutilation en articulant le système émotionnel et les modalités pratiques de passage à l'acte, les manières dont sont concrètement effectuées les atteintes au corps et la trajectoire de la personne. L'étude des trajectoires ou des carrières de malades, inspirée de la sociologie interactionniste, permet de saisir la contrainte objective et la manière dont elle interfère sur le vécu du malade (Sicot, 2006).

À travers l'intérêt pour des trajectoires ou des carrières (Atkinson, 1978), les sociologues peuvent également mieux prendre en compte le rôle des liens, surtout familiaux, ou encore des liens au travail, en s'intéressant à leur qualité. Ils peuvent aussi apporter des éléments d'observation sur le fonctionnement du trouble psychique envisagé comme phénomène social ainsi que sur les processus de prise en charge saisis dans leurs dimensions relationnelle, organisationnelle, professionnelle et politique (Demailly, 2011). La sociologie s'est en outre intéressée aux différentes façons (professionnelles, profanes) de catégoriser, de décrire et de prendre en charge ces souffrances.

Une démarche comparative centrée sur les professionnels

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-éducateurs) dans différents établissements et services (services de l'Aide Sociale à l'Enfance, Maisons d'Enfants à Caractère Social, Foyer d'Accueil d'Urgence, services dédiés à l'accompagnement des mineurs en fugue, services d'accompagnement à l'autonomie, services jeunes majeurs, Points d'Accueil Écoute Jeunes, Centres Médico-Psychologique, Maisons des Adolescents, unités hospitalières 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 adolescents³.

Vu la rareté relative du phénomène suicidaire, nous avons cependant cherché un certain rendement dans la démarche d'enquête en ciblant dans la protection de l'enfance les structures et donc les professionnels prenant en charge un grand nombre de jeunes sur une période de quelques années. Les assistants familiaux n'ont donc pas été sollicités dans le cadre de cette enquête (même si de rares situations évoquées par des référents ASE concernent des familles d'accueil). D'autre part, il nous semblait intéressant de nous interroger sur l'effet aggravant ou protecteur du collectif et de la vie en institution. Enfin, nous voulions pouvoir nous baser sur le témoignage de professionnel ayant côtoyé de près et dans le quotidien les jeunes concernés par

³ Cette démarche comparative devait être aussi l'occasion d'une collaboration avec trois chercheurs de la South East Technological University de Carlow en Irlande. Toutefois l'équipe irlandaise a suspendu sa propre enquête suite à la titularisation de son enquêtrice principale Maeve Murphy qui ne disposait plus de la disponibilité nécessaire pour conduire la recherche.

des états suicidaires. C'est pourquoi nous avons aussi exclu du champ d'investigation les situations de jeunes faisant seulement l'objet d'une mesure éducative en milieu ouvert.

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 plutôt qu'auprès des jeunes suicidants. Outre le danger potentiel que représente l'évocation du sujet auprès d'anciens suicidants possiblement toujours vulnérables et outre les obstacles juridiques à une enquête portant sur des mineurs, Morgiève et Le Moine montrent que l'observation des consultations pour les enfants suicidaires menée par ne suffit pas à donner accès à un espace de parole propice à une élaboration autour du geste suicidaire des premiers concernés. Leur seule voie d'accès praticable pour éclairer les situations sociales suicidogènes s'est avérée être le discours des professionnels lors d'entretiens et l'analyse de leurs rapports écrits (2021).

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.

Accès et biais d'entrée sur le terrain

Les établissements investigués l'ont été sur la base du volontariat et le consentement écrit de chaque professionnel a été recueilli avant l'entretien. Les démarches de contact direct avec des professionnels de lieux de placement (par réseau d'interconnaissance) ont été peu rentables, les professionnels ne souhaitant pas souvent répondre sur ce sujet sensible en dehors d'un accord formel de leur hiérarchie. Dans le secteur associatif, une sorte de triple validation a semblé nécessaire pour mener des entretiens : soutien des Directions de la Prévention et de la Protection de l'Enfance, appuis du directeur d'établissement, intérêt des professionnels. La mise en place d'un lien d'interconnaissance informelle directe entre un cadre et l'enquêteur semble avoir été un préalable incontournable. L'accès aux ME et ES des Foyers d'Accueil d'Urgence gérés directement par l'ASE s'est révélé plus facile et interviewer des cadres intermédiaires ou des responsables de l'ASE l'a été encore plus. En matière d'obstacles pratiques, nous avons rencontré des difficultés pour intégrer un temps d'entretien dans des plannings professionnels d'ES et de ME et pour rencontrer des professionnels des unités d'hospitalisation pédopsychiatrique au regard de leur faible disponibilité. Comparativement, les professionnels qui disposent d'un meilleur contrôle de leurs plannings (psychologues de MECS, professionnels de MDA) ont été plus faciles à rencontrer.

Toutefois, un biais d'auto-sélection des directions et de l'ensemble des professionnels prenant part à l'enquête est observé. Nous faisons l'hypothèse que les établissements comme les professionnels investigués se distinguent par leur intérêt pour la démarche d'enquête ainsi que par leur sensibilisation au problème du suicide. Il nous a semblé que l'accueil favorable de l'enquête a relevé souvent d'une inquiétude institutionnelle sur le sujet, ou d'une préoccupation professionnelle, personnelle ou politique sur la question du suicide.

La thématique trouve un fort écho institutionnel. Les cadres et représentants institutionnels rencontrés entendent faire de la souffrance psychique et du risque suicidaire des jeunes de manière générale un problème public et une priorité de santé publique. Cette préoccupation peut

aisément se comprendre dans un contexte d'actualité post-covid où la sensibilisation à la problématique de la « santé mentale » des jeunes apparaît de plus en plus prégnante. De plus l'approche par les troubles psychiques et la « santé mentale » devient un mode fréquent de qualification des problématiques rencontrées par les jeunes de l'ASE nécessitant d'ajuster les orientations en matière de développement de la formation, de pratiques de prévention et de traitement des professionnels, ce que cherchent à promouvoir les cadres rencontrés.

Du côté des professionnels intéressés, l'espace d'entretien semble avoir mis au jour d'autres enjeux. Déjà conscients et sensibilisés aux risques suicidaires pour quelques-uns, l'entretien est l'occasion de revenir sur la manière dont ils ont eu à faire face à un ou des drames de cette nature à titre professionnel ou personnel. Tout en étant convaincus par l'intérêt de visibiliser cet objet de recherche, ils font de l'entretien une caisse de résonance pour revendiquer l'accès à des outils de compréhension et de soutien qui sont venus à manquer dans leur expérience. Souvent aussi l'entretien prend un tour particulier avec des professionnels qui concluent qu'ils avaient besoin de parler, qui remercient avec insistance l'enquêteur, parce que des traumatismes et une souffrance professionnelle anciens ressortent. L'échange offre l'occasion de valoriser le rôle de ceux qui occupent des positions périphériques ou transversales dans l'institution. C'est par exemple le cas des psychologues des services de l'Aide Sociale à l'Enfance qui répondent bien plus volontiers aux interrogations sur le risque suicidaire, sujet sur lequel ils sont censés faire fonction de support incontournable pour les équipes. De manière générale, nous observons que les entretiens avec des professionnels plus à distance du terrain semblent plus propices à l'élaboration.

Enfin, l'existence d'un lien éventuel entre la proportion de femmes répondantes parmi les professionnels de la protection de l'enfance (50 sur 74) et leur rôle auprès des adolescents suicidaires vient corroborer les enquêtes statistiques sur les aidants familiaux démontrant que « les femmes sont davantage mobilisées » (Weber, 2011).

Ces biais d'auto-sélection des personnes les plus concernées minore sans doute l'expérience des professionnels ne prenant pas forcément en compte d'emblée le risque suicidaire. Cela tend à minimiser les pratiques de déni ou de banalisation ou les difficultés de qualification du risque suicidaire en tant que tel. Le terrain effectué par Myriem Auger, qui s'ancre au sein de services et d'établissements, permet à ce titre de mieux accéder à la vision de l'ensemble des professionnels concernés autour d'une même activité de travail, permettant ainsi de mesurer les divergences d'inquiétudes et d'appréhension du risque suicidaire.

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 de caractéristiques trop singulières, susceptibles de permettre l'identification d'une personne ou d'une structure. Par ailleurs, nous nous sommes interdits 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 ne nous interdira pas d'évoquer cependant quelques facteurs contextuels moins polémiques qui agissent sur la qualité des partenariats entre protection de l'enfance et pédopsychiatrie.

Terrains d'enquête

La sélection des 74 personnes interviewées 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, comme le résume le tableau ci-dessous :

Établissements d'accueil : MECS, foyers d'urgence, microstructures (22/74)	
Fonction	Nombre d'entretien
Psychologue	4
Directeur et chef de service	6
Éducateur	8
Moniteur éducateurs	4
Autres structures d'accueil : Service jeunes majeurs et service jeunes fugueurs (9/74)	
Fonction	Nombre d'entretien
Psychologue	1
Directeur	2
Éducateur	5
Assistante sociale	1
Services départementaux ASE (9/74)	
Fonction	Nombre d'entretien
Médecin santé publique	1
Directeur, directeur adjoint	3
conseiller technique	2
Psychologue	1
Éducateur	2
Soins ambulatoires : PAEJ, MDA, CMPP (18/74)	
Fonction	Nombre d'entretien
Pédopsychiatre	2
Psychologue	7
Éducateur	3
Assistante sociale	2
Infirmier	4
Unité d'hospitalisation pédopsychiatrique (13/74)	
Fonction	Nombre d'entretien
Directeur	1
Infirmier	5
Pédopsychiatre	4

Assistante sociale	1
Psychologue	1
Éducateur	1
Entretiens de contexte (3/74)	
Fonction	Nombre d'entretien
Pédopsychiatre et chercheur	1
Responsable ODPE	1
Ancienne placée dont le frère placé s'est suicidé	1
Total	74

Nous avons enquêté sur trois territoires aux caractéristiques différentes. L'un des territoires est une grande ville dont les propriétés démographiques et institutionnelles (peu de structures MECS et de services psychiatriques et hospitaliers, souvent de petites tailles) contribuent à ce que les acteurs se repèrent les uns les autres. On constate une ancienneté élevée des répondants et un nombre important de transfuges et de passeurs à différents niveaux hiérarchiques⁴, ce qui se révèle favorable à la solidité du maillage local d'interconnaissances. Les deux autres territoires sont des grandes métropoles très urbanisées et peuplées, les institutions de la protection de l'enfance et de la santé mentale juvénile sont nombreuses, leur articulation semble complexe et mal connue des acteurs eux-mêmes. Ici le coût de constitution et d'entretien d'un capital social dans le réseau partenarial apparaît d'autant plus élevé que les professionnels ont relativement moins d'ancienneté. En outre, ce turn-over massif et cette faible ancienneté des professionnels accentuent des phénomènes de précarisation du travail (postes de remplacement après démission ou pendant un congé maternité).

Plan du rapport

En première partie, nous signalerons quelques caractéristiques repérables dans les cas de suicide ou de tentatives de suicide qui nous ont été rapportés par nos enquêtés. L'idée étant de repérer des caractéristiques significatives souvent associées à ces gestes et de décrire de grands motifs de suicide perçus par les professionnels.

La deuxième partie s'intéressera au travail de qualification des situations suicidaires par les différents professionnels et à leurs réactions face à ces situations. Surtout, nous tenterons de les comprendre en tenant compte des effets des contextes de travail, des missions, des croyances ou théories professionnelles sur cette aptitude à la qualification.

La troisième partie cherchera à expliquer et à comprendre des modalités différentes de réaction et d'intervention face aux états suicidaires, chez les différents professionnels de la protection de l'enfance et de la santé mentale rencontrés.

⁴ Pédopsychiatre chef de service hospitalier impliqué dans le montage de la MDA, MDA recrutant un ES ayant travaillé dans une MECS voisine, psychologue de MECS ayant fait son dernier stage dans le service pédopsychiatrique hospitalier local, etc.

La quatrième partie portera sur les points de friction, les mécompréhensions et les défauts d'accordage qui émaillent les relations collaboratives des professionnels de la protection de l'enfance (de l'ASE et des établissements d'accueil) et des services et établissements de soins.

Enfin, la cinquième partie reviendra en détail sur les vécus des professionnels, non plus pour les envisager comme un facteur agissant (ou paralysant) sur l'intervention, mais en les prenant comme un objet en soi, d'une part ce qui les génère et d'autre part ce qu'ils signifient et représentent en tant que risques psychosociaux dans le cadre d'une activité professionnelle.

La conclusion permettra de proposer des recommandations déduites des parties précédentes.

Première partie : Des spécificités des crises suicidaires des mineurs de la protection de l'enfance ?

1. Suicidalité et protection de l'enfance

L'évolution des indicateurs de mal-être chez les jeunes garçons et les jeunes filles, ainsi que les caractéristiques souvent associées à des conduites suicidaires (voir annexe 1) conduit raisonnablement à penser qu'une part des jeunes placés et pris en charge par l'ASE portent des caractéristiques fortement associées au risque suicidaire. La HAS (2011) les envisage donc comme un public à surrisque : fréquence des maltraitances, dont des violences sexuelles, fréquence des conflits intrafamiliaux, surreprésentation des familles recomposées ou monoparentales, surreprésentation des situations de maladie mentale des parents, surreprésentation d'une mauvaise santé mentale des jeunes (Rousseau et al. 2016 ; Hammoud et al., 2018 ; Danner Touati et al., 2021), conditions de vie difficiles et scolarité difficile. Se rajoutent d'autres caractéristiques spécifiques liées à une institutionnalisation, situation qui peut comporter des facteurs aggravants et précipitants des conduites suicidaires : décisions institutionnelles imposées et mal acceptées (Lacroix et al., 2021; Dietrich Ragon, Fréchon, 2022) donnant une impression d'impuissance, mauvaise continuité du suivi de santé en raison des changements de lieux d'hébergement, isolement subi lié à des placements temporaires en hôtel social appliqués à des jeunes ayant justement une problématique psychiatrique (Deneuil, 2020), ou à des jeunes déracinés, en insécurité foncière concernant leur chance de pouvoir rester sur le territoire et en situation de stress post-traumatique (violences subies durant un périple migratoire pour les MNA).

La variable du placement en établissements est rarement convoquée dans les enquêtes sur le suicide des jeunes. Des chercheurs constatent une exclusion des mineurs placés de ces études en raison « de leur grande mobilité et des difficultés liées à la responsabilité parentale et au consentement éclairé » (Bronard et al., 2016, p 1). L'éventualité d'un surrisque semble mieux étayée dans des études étrangères malheureusement souvent basées sur des effectifs réduits (pour une méta analyse d'ensemble, voir Danner Touati, 2021). Aux États-Unis, dans une étude sur des adolescents placés de 12 à 17 ans, 15 % avaient fait une tentative de suicide, correspondant à un risque 4 fois plus élevé qu'en population générale (Piloweki, Wu, 2006). Une enquête suédoise (Almquist et al., 2020, cité par Turz, 2013) affirme l'existence d'un surrisque suicidaire au sein de la population des enfants placés et la persistance de celui-ci lorsqu'ils sont devenus adultes. Au Québec (Chagnon, 2001), de même, un surrisque est identifié pour des jeunes pris en charge dans les « Centres jeunesse » (visiblement une institution qui correspondrait en France à la réunion des UEHC de la PJJ, des foyers de la protection de l'enfance et des ITEP de l'éducation spécialisée). Enfin, une enquête de 2020 en Irlande comptabilise la mort de 18 enfants par suicide ou overdose parmi les 5 800 enfants pris en charge par l'équivalent irlandais de l'Aide Sociale à l'Enfance (Power, 2021).

Aucune donnée d'ampleur comparable n'est disponible en France. Une enquête secondaire (Fréchon, Marpsat, 2016) à partir de l'enquête « Sans domicile » de l'INSEE donne quelques indications sur d'anciens jeunes de l'ASE, sans doute parmi les plus en difficulté, devenus plus tard des usagers de services proposés aux personnes sans hébergement stable. 25% d'entre eux déclaraient en 2012 avoir fait au moins une tentative de suicide avant leur majorité (25% des hommes, 29% des femmes), soit plus que les autres utilisateurs de service aux sans domicile d'une part, et bien plus que la part des jeunes ayant déclaré une tentative de suicide dans le cadre des enquêtes ESPAD ou ESCAPAD (annexe 1). Des recherches de médecine portant sur

des effectifs réduits d'enfants placés envisagent l'existence d'un surrisque suicidaire au sein de cette population. Dans sa thèse, le pédopsychiatre Guillaume Bronsard (2012) présente les résultats d'une enquête sur les adolescents âgés de 13 à 17 ans placés dans les Bouches-du-Rhône et note que 32% des enquêtés pensaient au suicide, 20% avaient réalisé au moins un passage à l'acte suicidaire. Des taux particulièrement élevés, selon l'auteur, au regard de ceux retrouvés en population adolescente générale. Dans sa thèse de médecine portant sur la santé mentale des enfants placés du Maine-et-Loire, Morgane Even fait une observation concordante. En 2009, 28 % des enfants (6-18 ans) « déclaraient avoir déjà eu des idées suicidaires (11 % souvent et 17 % quelquefois). Cependant, seuls 20 % en avaient déjà parlé à un médecin. » (Charrel, 2009 ; Even, 2017, p.56). En outre, 14 % des enfants avaient fait au moins une tentative de suicide, 8 % en avaient fait plusieurs, mais seul un sur deux avait été hospitalisé.

Selon Danner Touati (2021), outre les maltraitances avant placement, les facteurs les plus souvent associés à ce risque suicidaire et plus généralement aux problèmes de santé mentale sont : un placement tardif (autrement dit une maltraitance tardivement repérée), de multiples lieux de placement (autrement dit un obstacle à un attachement substitutif à une autre figure adulte de référence), un placement en collectif (idem), un lien insécure maintenu avec la mère lorsque celle-ci n'a pas su protéger l'enfant des maltraitances commises par le père, un maintien de lien décevant avec les parents (entre autre ressenti lors de leur absence aux visites médiatisés), une relation pauvre avec une figure d'attachement substitutive adulte durant le placement.

2. Les suicides de jeunes placés rapportés par les professionnels enquêtés

Nous avons considéré comme suicide les actes auto-infligés ayant conduit à la mort, soit lorsqu'il semble raisonnable de penser que la victime voyait qu'il y avait un risque mortel élevé dans son geste, soit lorsque le répondant considérait qu'au regard du contexte d'idéations et de tentatives de suicide, le geste était probablement un suicide (2 cas, mort par overdose).

Nos 71 professionnels de terrain se souviennent de 13 suicides (10 filles, 3 garçons) entre 2017 et 2023. On retrouve ici une anomalie sociologique dans la distribution fille/garçon présente dans les cas de suicide signalés dans la presse (dont on trouvera un inventaire en annexe 2). La presse relève en effet 10 suicides féminins pour 8 masculins, et surtout 10 suicides de filles pour 1 de garçons si on se centre sur le public non MNA⁵ (ce qui se justifie vu que le public MNA est masculin à 90%). À l'encontre des données générales sur le suicide qui indiquent une surreprésentation masculine dans toutes les tranches d'âge, les sources presse et enquête signalent donc une prévalence inattendue du suicide féminin chez les jeunes placés hors public MNA, alors que la part des filles dans les placements (hors public MNA) n'est que de 44%.

Mode opératoire	Garçons MNA	Garçons	Filles	Total
Pendaison	0	0	4	4
Overdose	0	1	1	2

⁵ Mineurs non accompagnés : enfants de nationalité étrangère sans membres de leur famille présents en France.

IMV	0	0	2	2
Collision provoquée	0	0	1	1
Défenestration	0	0	1	1
Noyade	1	0	0	1
Non précisé	0	1	1	2
Total	1	2	10	13

Ces jeunes se sont tués par pendaison dans 4 cas, 2 se sont tués par IMV, 2 par OD (avec un rapport installé au produit interprété comme un suicide), 1 par défenestration, 1 par noyade, 1 par collision provoquée avec un véhicule. 2 modes opératoires sont inconnus.

Un garçon et une fille se sont tués en extérieur (noyade, collision provoquée). 3 filles se sont tuées dans leurs MECS (le plus souvent par pendaison), 4 filles se sont tuées dans un appartement éducatif ou un hôtel (le plus souvent par pendaison, OD ou IMV), une fille s'est tuée depuis le domicile de sa mère (défenestration), une autre s'est tuée à l'hôpital (étranglement avec son chargeur de téléphone). Dans 2 cas le lieu de suicide reste inconnu.

Les lieux de placement étaient une MECS (5 filles), un hôtel (2 filles, un garçon MNA), un appartement éducatif (2 filles), dans 3 cas le type de placement est inconnu.

Il y avait 5 hospitalisations psychiatriques antérieures connues, 3 TS antérieures connues, 2 cas d'inceste connus, 2 cas de prostitution, 1 cas de scarification connue, 2 cas de forte consommation de drogue. Ces antécédents concernent 6 des 10 filles.

Si plusieurs jeunes avaient été hospitalisés ou étaient suivis en pédopsychiatrie ou avaient fait des tentatives de suicide antérieures, aucun des enquêtés ne rapporte une démarche d'entrée dans le soin pour risque suicidaire dans les jours précédant la mort. À première vue, le risque suicidaire immédiat est resté non repéré par des professionnels. Nous préférons rester prudents cependant car il se peut qu'une tentative d'hospitalisation dans les jours ou semaines précédant le décès soit inconnue de l'enquêté dans certains cas.

Seuls 4 de ces suicides sont cités dans la presse, ce qui laisse penser qu'une part notable des suicides reste inconnue des journalistes ou trop peu documentée à leurs yeux pour produire un article. La médiatisation sous-évalue probablement la mortalité par suicide au sein de la protection de l'enfance.

3. Les tentatives de suicide rapportées par les professionnels enquêtés

Dans ce second décompte nous avons considéré comme tentative de suicide les actes auto-infligés que les répondants considéraient comme tels, ainsi que les actes auto-infligés que des jeunes avaient nommés comme tentatives auprès des répondants (et quand bien même le répondant aurait des doutes quant à l'intention de mourir derrière le geste).

Alors que la presse ne rapporte qu'un seul cas précis de TS de jeune placé, nos 71 professionnels de terrain se souviennent de 46 jeunes ayant fait une ou plusieurs TS (37 filles dont une MNA, 9 garçons dont un MNA). À noter que dans 9 cas il s'agit d'une TS qui contribue à la décision de placement. Dans les autres les TS ont eu lieu dans le cadre d'un placement (et plus rarement d'une prise en charge de jeune majeur ou d'une rupture de suivi d'un mineur ou d'un majeur).

Les filles semblent plus persévérantes que les garçons (37 filles font 54 tentatives connues pendant que 10 garçons en font 11). L'hypothèse de situations féminines mieux connues et mieux suivies permettant de repérer plus de tentatives ne peut être retenue car elle est contredite par le grand nombre de modes opératoires non précisés pour les filles. L'hypothèse d'une ancienneté moyenne dans la prise en charge plus élevée pour les filles est douteuse et ne semble pas pouvoir expliquer ce surcroît de tentatives.

Concernant les modes opératoires, en tenant compte des répétitions on aboutit à un total de 51 modes opératoires connus pour 65 tentatives connues de nos 46 jeunes.

Mode opératoire	Garçons	Garçons MNA	Filles MNA	Filles	Total
IMV	2	0	1	18	21
Ingestion de produits ménagers	0	0	0	3	3
Ingestion de verre	1	0	0	0	1
Pendaison	2	0	0	4	6
Auto-strangulation	1	0	0	7	8
Défenestration et sauts depuis hauteur	3	1	0	6	10
Collision provoquée	0	0	0	1	1
Coup de couteau auto porté	0	0	0	1	1
Non précisé	1	0	0	13	14
Total	10	1	1	53	65

Les IMV sont très présentes (21/51 modes opératoires) et sont plutôt féminines. Arrivent ensuite les défenestrations et les sauts de hauteur, relativement plus masculins. Les pendaisons, plus

masculines et efficaces pour mourir, passent derrière les auto-strangulations, plus féminines et pour lesquelles l'hypoxie reste plus contrôlable et réversible.

La comparaison avec les cas de suicide donne l'impression que les TS par IMV ne sont pas porteuses d'une forte létalité (0/18 dans les morts rapportés par la presse et 2/13 dans les morts rapportés en enquête, contre 21/65 dans les survies après TS rapportées en enquête). Inversement, la faible part des pendaisons dans les TS comparativement à leur part dans les suicides alerte sur la dangerosité de ce mode opératoire.

Les TS par phlébotomie sont absentes des témoignages⁶. Ces événements sont peut-être sous évalués car considérées non comme des TS, mais comme des « scarifications profondes », suivant l'expression d'une partie des professionnels interviewés.

Des faits inquiétants sont souvent associés. Pour les filles, des scarifications ont souvent précédé et/ou suivi des TS (14/37), viennent ensuite les fugues (7/37, mais on peut craindre une sous-déclaration tant cet événement semble banal), les troubles alimentaires (4), la prostitution (2, dont une concernant une jeune victime d'inceste), les auto-morsures (1). Pour les garçons, 2 cas de prostitution sont rapportés (1 concernant un jeune victime d'inceste, 1 concernant un jeune victime de viol).

Les situations d'incestes semblent fortement présentes (10/37 pour les filles, 1/9 pour les garçons). C'est pour les filles incestées que le tableau des comportements inquiétant associés est le plus chargé (scarifications ou auto-morsure, trouble du sommeil, anxiété, fugue, trouble alimentaire, rapport sexuel avec des inconnus dans des caves ou des parties communes d'immeuble contre rétribution modique, outre la prostitution repérée).

Un viol commis par d'autres jeunes apparaît avant placement pour une fille, une agression sexuelle avant placement pour une autre (sans plus de précision) et deux viols pour deux garçons (un avant placement commis par un tiers qui n'est pas de la famille, un durant le placement, commis par un autre jeune placé). 2 filles incestées ont subi des agressions sexuelles par la suite (une a été violée lors d'une fugue, une autre a subi une agression sexuelle d'un surveillant d'un établissement du secondaire puis des viols lors d'une séquestration). Deux garçons suicidants, l'un victime de viol, l'autre victime d'inceste, sont auteurs d'agression sexuelle sur un et une autre jeune placés.

Les suites pénales des situations d'incestes rapportées sont inconnues ou en cours, seules deux affaires semblent avoir été jugées. Les agressions sexuelles commises durant les prises en charge semblent ne pas avoir de suite pénale pour les auteurs (ni même de suite tout court pour un jeune ayant subi une pénétration digitale de la part d'un autre jeune de la MECS).

Les situations de prise en charge lors des premières tentatives sont les suivantes : en MECS (19), au domicile (9 cas déclenchant une mesure de placement), en foyer d'urgence (8), suivi par un service dédié aux fugueurs de l'ASE (3), en famille d'accueil (2), chez un tiers de confiance (1), en appartement éducatif (1), dans un hôtel (1), 2 situations sont inconnues. Alors que la part des hôtels, appartements éducatifs et lieux publics apparaît importante dans les suicides, celle-ci est faible dans les TS. Les lieux cités pour une ou plusieurs TS sont : la MECS (16), un foyer d'urgence (9), l'hôpital (3), au domicile (3), chez l'assistante familiale (2), l'école (2), dans un appartement éducatif (1), dans les locaux de l'ASE (1), dans la rue (1), à l'hôtel (1). Dans les autres cas, le lieu reste inconnu. Si on fait l'hypothèse que le profil et le potentiel suicidaire des suicidés et des suicidants ne sont pas trop dissemblables, il y a deux explications

⁶ La tentative par coup de couteau est à différencier des phlébotomies et des scarifications car le geste était pénétrant et fait pointe en avant.

possibles à cette surreprésentation des lieux collectifs pour les TS au regard des cas de suicide :: les MECS ont un effet préventif sur la gravité des passages à l'acte (beaucoup de TS et peu de suicides en somme), et/ou des TS en appartement éducatif, en hôtel ou lors de fugues, passent inaperçues.

Avant la première TS, sont rapportés 8 antécédents d'hospitalisation en lien avec l'état psychiatrique. Ensuite, les professionnels rapportent au moins 19 hospitalisations post TS, sans se souvenir toujours du caractère somatique et/ou psychiatrique de celles-ci.

Il y a peu d'évocation de droits de visite et d'hébergement ou de perspectives d'un retour au domicile dans les récits. Comme si, à l'instar des cas de suicide, les liens familiaux étaient fortement dégradés. Quand ceux-ci sont évoqués par les interviewés, ils ne concernent, à de rares exceptions près, qu'avec des femmes (mère, grande sœur, grand-mère).

Ce tableau des circonstances et caractéristiques perçues associées à des suicides ou tentatives ne vise pas à l'exhaustivité quantitative. Il dit sans doute quelque chose d'assez fiable pour certaines variables stables et peu interprétables (le genre en premier). Pour d'autre, il indique plutôt ce que les professionnels repèrent plus ou moins. Il importe donc de mieux préciser à partir des données d'interview ce qui pourrait relever d'un état de jeunes, ou ce qui renvoie plutôt à une activité déclarée de repérage, de qualification et d'intervention.

4. Les motifs que les professionnels donnent au fait de se faire du mal

4.1 De quoi l'acte auto agressif est-il le symptôme ?

Cette tentative de typologie est construite par recoupement des propos des interviewés. Précédemment ont été additionnées des perceptions professionnelles relativement proches des actes et caractéristiques connues des suicidés et des suicidants. Si on se penche maintenant sur les façons de donner un sens aux actes, cela nous donne ce dilemme principal : l'acte est-il relationnel et transactionnel (il ne serait alors pas une vraie tentative de suicide), ou bien à l'autre extrême, a-t-on à faire à un acte contre soi non adressé et relevant d'une « vie interne » en train de se couper des autres (il serait alors plus authentique) ?

Dans les foyers où j'ai été et dans les échanges que j'ai pu avoir quand j'étais en formation, il y a toujours. En tout cas, c'est l'impression que ça donne. Une partie de l'équipe qui est en train de dire « ouais, non, mais, c'est des paroles. Si on s'attarde sur tous les jeunes qui nous disent « allez, je vais me trancher les veines ». On n'a pas fini » ... Et on a toujours une autre partie qui dit « ouais, mais en fait, même si c'est juste des paroles c'est y a quelque chose qui va pas ». Parce que quand on arrive là, il y a quand même quelque chose. Enfin, on dit pas ça, je sais pas, parce qu'on a envie d'avoir un gâteau à 04h00 quoi. [Parlant d'une professionnelle] ça l'avait choqué, vraiment qu'une partie de l'équipe dise « Ouais, mais vas-y, on s'en fout. Elle dit tout le temps ça, mais elle le fera jamais »... Moi, j'ai toujours été un peu mal à l'aise avec cette position. Parce qu'on n'a pas non plus toute la vie interne des jeunes qu'on suit dans ces moments-là. On sait pas réellement si c'est vrai, si c'est faux... On a beau dire, Hein, l'éducation spécialisée, il faut prendre des risques machin. Moi, j'ai pas envie de prendre le risque d'un suicide, en fait. Et quand on arrive déjà à des ados qui parlent de suicide, et cetera. Ouais, peut-être qu'y a de la mise en scène, mais c'est pas une mise en scène anodine quoi. (Benjamin, ES, service de placement familial)

Schématiquement les positions des professionnels de la protection de l'enfance sur le discours ou l'acte vont placer du côté du « bluff » tout ce qui prend pour eux un aspect démonstratif, communicatif, réactionnel, visant à influencer et à faire réagir et qui est ancré dans un contexte présent. Certains vont malgré tout s'inquiéter, d'une part parce qu'une TS même simulée créé

un danger et que le jeune peut se faire mal, d'autre part parce que ce mode de réaction et de communication est de toute façon le signe d'un mal être, enfin parce qu'à leurs yeux ne pas prendre au sérieux une TS, pourrait induire ensuite une vraie envie de mourir et une véritable tentative de suicide.

Le point de vue des professionnels de la santé mentale s'organise de façon similaire tout en exprimant des connotations moins négatives. Quand la relation se passe dans un lieu spécial désigné comme thérapeutique, l'attention professionnelle du soignant s'attache moins à l'acte comme problème pratique dans le quotidien. Les caractéristiques propres à la relation thérapeutique permettent intrinsèquement de le considérer comme signe d'autre chose et de façon moins péjorative pour le jeune. Cette idée d'un acte comme résultante d'autre chose (qui n'est pas dévalorisé comme un « bluff ») apparaît plus clairement :

C'est rarement le problème, il est suicidaire, ça peut en devenir un si la personne, elle saute du pont ou si elle fait une TS. Mais c'est souvent un indicateur par rapport à d'autres choses qui tracassent, c'est, la résultante en fait hein au final. (Hugo, psychologue, PAEJ)

A l'inverse, des professionnels de la protection de l'enfance semblent plus dans une logique de "vrai/faux" lié au cadre groupal et à l'attention à distribuer en réponse à des demandes juvéniles de liens. Cela les conduit à voir du chantage ou de la frustration sous l'acte : un acte excessif et trop démonstratif par rapport à ce qu'ils perçoivent comme des petites tensions du quotidien, liées à la vie de groupe. Ils insistent alors sur le caractère infondé, la négativité et l'inadaptation de ce qui se met en place :

Elle vient quand même créer ça, quelque chose de l'angoisse chez l'autre. Avec ces tentatives de suicide et ses passages à l'acte. Ce serait bien qu'elle trouve du lien avec l'autre autrement que comme ça. Ce que je suis en train de me formuler en m'écoutant après finalement elle se sert de ça pour rentrer en lien avec l'autre aussi, ce qui est quand même pas hyper adapté. (Jeanne, ES, Microstructure de placement)

Comparativement toujours, les soignants sont dans une logique de seuil de gravité. Un jeune qui théâtralise, pose des actes à dimension communicationnelle et réactionnelle n'est pas tant un jeune qui agit de façon inadaptée voire manipulatrice, mais plutôt un jeune capable d'exprimer un besoin et une demande de relation et d'attention (que ces professionnels trouvent généralement fondé et rassurant sur leur volonté de vivre).

Mais qu'il s'agisse des professionnels du soin ou de l'éducatif, ce qui est ancré dans le présent et l'interaction inquiète toujours moins que les actes suicidaires renvoyant à un passé dont les empreintes psychiques sont difficiles à modifier, semblent sans lien avec un évènement récent, tout en suscitant bien peu d'élaboration verbale et de désir de communication de la part du jeune. Nous allons donc suivre cette ligne allant des motifs de suicide les plus ancrés dans le présent et l'adresse à autrui, jusqu'aux motifs de suicide les plus enfouis et conduisant à des répliques relationnelles peu élaborées constituant de nouveaux échecs et de nouveaux traumatismes, accompagnées de TS, et/ou se soldant par un suicide.

4.2 Les motifs perçus de suicide

4.2.1 La menace ou la conduite à risque à visée protestataire

Il y aurait donc tout d'abord des cas de scarification, de menace et de tentative de suicide pour obtenir quelque chose ou pour protester contre quelque chose qui n'est pas accordé, comme des refus d'autorisation de sortie par exemple :

Pour pas trop la braquer, pour pas que ça parte trop ou parce qu'on sait que si on sait aussi que si c'est quelque chose qui ne lui plaît pas, ça peut 5 minutes après, elle monte dans sa chambre, elle se scarifie enfin. Et c'est vrai que ça peut aller très vite, à la moindre contrariété si on la voit monter dans sa chambre c'est qu'elle va se scarifier et... Elle dit que pour l'instant, voilà, c'est sa façon de... contrôler ça... (Lydia, ES, MECS)

Le geste protestataire plus ou moins impulsif vient répondre à une frustration ou un sentiment d'injustice. Le motif protestataire peut être moins léger :

Il y a un jeune qui s'est bagarrée avec un autre, donc ce qui était un motif de renvoi immédiat hein, ils faisaient pas dans la dentelle hein, donc il a été renvoyé et quand les éducateurs lui ont appris, il a sauté du 2ème étage et c'est un de mes collègues qui l'a rattrapé par la basket. (Léonie, ES, foyer d'urgence)

Ici l'insécurité psychique et le désaveux produits par l'exclusion entraînent en retour un geste désespéré de refus, dans un contexte ou des antécédents de changement de structure mal vécus par ce jeune semblent avoir été présents.

Les récits des enquêtés ne nous permettant pas de dire si, de leurs points de vue, des ruptures dans la prise en charge (généralement mal vécues) favorisent des TS, ou si en premier lieu le mal-être des jeunes est la cause à la fois des changements de structure et des TS. Les enquêtés rapportent en tous cas des menaces de suicide et des scarifications pour obtenir une levée du placement, protester contre la perspective d'un changement de placement, ainsi que des TS visant à se faire hospitaliser ou retarder une sortie d'hospitalisation. La protestation se mélangerait parfois à une anxiété massive face à ces changements (sur un versant non pathologique un sentiment d'impuissance face à une institution punitive, sur le versant du trouble psychiatrique diagnostiqué une insécurité psychique massive qui déclenche une opposition suicidaire à un changement de prise en charge).

4.2.2 Failles affectives et envie de mourir

Les récits autobiographiques d'anciens jeunes placés (Guénard, 1999, Raphael, 2012, Louffok, 2014, Durousset, 2016) signalent souvent un attachement fort à un animal ou à une peluche. Tim Guénard s'attache énormément à un chiot et a peur de le perdre, Lyes Louffok, alors déjà adolescent, souffre intensément de la destruction de ses peluches et cela compte pour lui presque autant que les autres formes de maltraitance infligées dans une famille d'accueil. Ces peluches apparaissent parfois dans le récit de professionnels, qui pointent alors le contraste entre la dureté apparente de certains jeunes et de leurs passages à l'acte, par rapport à des aspects beaucoup plus enfantins et affectifs de leur personnalité :

Ils ont beau avoir 17 ans, ils ont besoin d'être bordés hein, d'avoir leurs petits bisous, câlins du soir et il y en a, 9 jeunes sur 10 qui a le doudou. Et ils aiment les histoires du soir. Ils ont 17 ans. (Lucie, ME, foyer d'urgence)

Nous aurions sans doute trouvé beaucoup plus de suicidantes avec doudou si nous avions posé spécifiquement cette question. Une suicidante de 14 ans dort avec un doudou et doit être accompagnée à chaque coucher. Une autre voulait rentrer au domicile pour retrouver, non pas ses parents, mais son chat. Une autre se fait manipuler par son père, incesteur, qui lui a offert un chihuahua qu'elle ne peut bien évidemment pas avoir à la MECS. Elle croise donc son père en cachette en dehors des visites médiatisée, afin de voir son chien.

Les professionnels voient ces comportements comme l'indice de troubles de l'attachement liés aux carences affectives (plutôt des carences d'affection et/ou de graves anomalies dans ce qui vient faire office d'indice d'affection pour les jeunes). Ayant souffert de défaut d'amour et

d'attention, ces jeunes (plutôt les filles) en rechercheraient, ce qui est vécu par les ES et ME comme des demandes infinies d'attention, de temps et de relation exclusive :

C'est un jeune qui était vraiment en quête de reconnaissance et d'exclusivité, donc il s'appropriait énormément les éducateurs et dès qu'il sentait que l'éducateur pouvait être occupé à autre chose et bah il faisait un passage à l'acte. [...] Il avait une prise très importante avec un éducateur, ça se passait très, très bien avec cet éducateur-là qui était de la même origine que son père parce que son père était d'origine du [pays] je crois. Et donc il y avait vraiment un système d'identification et dès qu'il a su que l'éducateur allait être papa, ça a été insupportable pour lui et donc il a mis en place tous les éléments pour se faire renvoyer du foyer et quitter le foyer. (Mila, IDE, MDA)

Elle allait toujours sauter sur, l'éducatrice, l'éducateur, genre elle les lâchait plus en fait et j'avais vu dans son dossier, dans les comptes rendus psy, qu'elle allait chercher chez l'autre, le père et la mère, tu sais, sentiment d'abandon de tout ça et que du coup, elle reproduisait ça et elle surinvestissait les gens. Limite à ce que les gens ont fait en gros, un rejet de la jeune. (Eric, ES, service jeune majeur)

L'inquiétude professionnelle et donc la recherche de relation est freinée par la crainte d'être aspiré dans la demande d'attention exclusive espérée (souvent par une fille) dans le cas présent, avec associée la crainte d'un chantage affectif par menace ou exhibition de TS (ou blessure auto-infligées) :

Il suffisait qu'un éducateur refuse de lui faire un bisou avant d'aller au lit. C'est vraiment, hein? Vous voyez le niveau quoi. Pour qu'elle se scarifie. [...] Là, on a aussi une jeune fille qui affole un peu les équipes parce qu'elles parlent beaucoup de son désir de mort. Elle les a même un peu englués là-dedans un petit peu fascinés. Et de temps en temps, elle se scarifie. [...] c'est un mécanisme qu'elle a mis en en place. [...]. C'est vraiment pour qu'on s'occupe d'elle et qu'elle ait de l'attention. (Eliane, Psychologue, microstructure de placement)

C'est un jeune qui était vraiment en quête de reconnaissance et d'exclusivité, donc il s'appropriait énormément les éducateurs et dès qu'il sentait que bah l'éducateur pouvait être occupé à autre chose et bah il faisait un passage à l'acte. (Mila, IDE, MDA)

Les enquêtés peuvent décrire ces cas de TS comme « une adresse » au professionnel. Le récit n'est plus celui du « bluff » « protestataire » (4.2.1) mais insiste plus sur l'acte « pour inquiéter ». Ces TS donnent l'impression, du point de vue de certains professionnels, que des jeunes « testent » et vérifient s'ils comptent vraiment pour eux en se mettant en danger, comme s'ils exprimaient une sorte de doute sur le fait qu'ils valent la peine d'être sauvés, de doute sur la sincérité de l'attention portée par intervenants, et peut-être une sorte de satisfaction narcissique à être sauvés (l'atteinte identitaire étant si forte que seul un acte fort d'attention et de protection contrecarrant un danger réel peut avoir valeur de preuve que la vie du jeune vaut malgré tout quelque chose aux yeux de quelqu'un).

Les professionnels décrivent aussi des situations d'engagement aveugle et fantasmatique dans une relation imaginée comme amoureuse et romantique, avec une vision assez illusoire du garçon partenaire et de ses sentiments :

C'était sa quête affective de la part des hommes qui faisait qu'elle se mettait en danger. Elle pouvait nous dire. « Ah, j'ai rencontré un Monsieur, je vais dormir chez lui ce soir ». Et elle faisait ça tout le temps. Et quand on lui dit « où il habite », « Oh Ben c'est loin », mais elle est incapable de nous dire où elle allait, mais parce qu'elle avait pas de repère au niveau des lieux hein elle se mettait en danger. Pour nous quand elle me dit « il m'a demandé de partir à Marseille ». On a imaginé le pire. Le jeune homme, c'était clair. Je l'imaginais dans un mobil home avec la mise en prostitution, hein, mais elle, elle était à 10 lieux d'imaginer ça. « Il m'a dit qu'il m'aimait ». Donc c'est pas la même chose, c'était autre chose. C'est pas, je me mets dans

des situations complètement folles avec une idée finalement d'en finir, non c'était vraiment une grande quête affective, c'était un gros, gros bébé quand on la voyait, on avait vraiment envie de la prendre dans les bras. (Rose, chef de service, service jeune majeur).

Ce type d'état suicidaire tend à être reçu comme un appel à l'aide.

4.2.3 Ne plus vouloir vivre parce qu'on n'a pas de valeur, qu'on ne compte pour rien et pour personne

Ce motif renvoie tout d'abord à la famille, soit au défaut d'affection et d'estime (de l'ordre de l'absence et de l'indifférence), soit au sentiment d'avoir déçu des attentes parentales :

Ils ont toujours été le mauvais objet ou ils ont pas été l'enfant qu'ils devaient être. Et tout ça, il l'a ressenti d'une manière ou d'une autre à travers... Après, il a des défaillances éducatives des parents qui peut-être juste, ne savaient pas quoi ni comment faire. Ça, c'est un autre point. Mais. Il y en a aussi qui juste ressentent qu'ils ont pas été suffisants en fait dans ce qu'ils devaient être ils ont été une déception. Un truc dans le genre, ils sont jamais assez bon, jamais bon... (Brigitte, ES, foyer d'urgence)

Ici le regard évaluatif aboutissant à l'idée suicidaire (ou venant rationaliser la pensée suicidaire ?) est rétrospectif. Mais le même auto-jugement de non-valeur peut être la conclusion d'un regard projectif :

Je vais rarement entendre « J'ai envie de mourir ». Mais oui, de dire de toute façon ma vie, là c'est mort, c'est foutu. Il y a pas, j'ai pas d'avenir ça, je l'entends tout le temps, pour moi c'est pas suicidaire, mais c'est profondément dépressif quoi, de croire qu'à 15 ans la vie elle est finie. (Léonie, ES, foyer d'urgence)

Il disait « oui, de toute façon, je suis plus rien ». Il me disait, « je suis plus rien », je sers à rien. Et au fait, c'était déjà trop tard. Je vais être honnête, c'était déjà trop tard et tout. (Eric, ES, service jeunes majeurs)

Le lien entre les deux (non-valeur vis-à-vis de l'origine, non-valeur vis-à-vis du devenir) est loin d'être absurde. Dans le discours professionnel, les jeunes qui se sentent sans avenir ont très souvent pour caractéristique d'avoir échoué aux yeux de quelqu'un, d'avoir déçu des attentes ou de ne pas en avoir suscitées. Les mécanismes de passage de la non-valeur vis-à-vis d'un autrui significatif à une non-valeur vis-à-vis d'un autrui généralisé serait à éclaircir. Mais le problème spécifique semble être que pour une part notable des situations décrites, une valeur positive n'est pas trouvée dans le regard d'un autrui significatif de substitution, comme celui d'un éducateur

Or l'organisation de la protection de l'enfance contribue déjà, visiblement, à une dégradation de l'identité et de l'estime de soi, ce qui n'arrange rien. Outre que le placement peut être perçu comme une punition, la conséquence d'une faute et d'une trahison de ses parents (lorsque le jeune a contribué volontairement ou involontairement à la décision de placement), le processus de prise en charge produit souvent un sentiment de ballotement et la déduction qu'on ne compte pour rien⁷ :

On est confronté à un souci dans l'urgence, c'est pareil ailleurs. Vous avez des jeunes qui rentrent dans l'urgence, qui doivent trouver une place pérenne, qui n'en trouvent pas, parce que les situations sont trop complexes et que les MECS classiques n'en veulent pas. Pas assez de places

⁷ Tim Guénard (1999), Céline Raphaël (2021), Lyes Louffok (2014) ou Adrien Durousset (2016) insistent sur ce sentiment d'être ballotté sans préavis et explication d'un lieu à un autre, ce qui induit ou renforce le sentiment de n'être qu'un paquet, un dossier ou un problème à gérer pour l'ASE.

dans les structures spécialisées. Donc ils font le tour de structures d'urgence en structure d'urgence. Et ils se posent jamais. Pendant un an, des fois plus. Donc, alors chez nous 3 jours, des fois, maintenant on allonge un petit peu, des fois, ils font 10 jours. Généralement, il y a un passage à l'acte, donc on met fin, donc ils vont à la [foyer d'urgence]. Je sais pas si vous connaissez la structure, c'est l'établissement du département, un gros bateau pour le coup, nous, on a dix places, eux, ils en ont 60 et ils vont y aller, mais eux bah pareil, 3 semaines en puis un passage à l'acte donc ils vont ailleurs, on est 3 à faire comme ça, de la mise à l'abri en urgence, 10 jours, 15 jours, le passage à l'acte puis bon ils tournent comme ça. Ça c'est vraiment une situation pour lesquelles on a le plus de mal, parce qu'on a pas vraiment de prise sur des jeunes qui sont confrontés à des problématiques assez graves. Prostitution, addiction, violence, délinquances, peu de liens aussi, et comme on a pas de solution, qu'on le sait, c'est difficile de projeter des choses avec eux sur du long terme. (Christophe, ES, Directeur de MECS)

Les professionnels de foyers d'urgence interviewés soulignent l'atteinte que représente le fait de rester, dans l'incertitude et bien au-delà des trois mois théoriques, tout en voyant partir d'autres jeunes plus rapidement sur des places pérennes en MECS (ou famille d'accueil). Se voir déplacé moins vite, rencontrer une MECS et finalement ne pas être retenu (et donc se voir préférer un autre jeune), comme si on posait plus de problèmes que les autres, produit ou confirme l'impression de ne rien valoir :

Un jour, il a été présenté que ça y est, elle avait enfin une place dans un autre foyer avec des jeunes plus de son âge, et cetera. Donc en début d'après-midi, il lui a été demandé de faire sa valise pour son départ. Elle, elle était preneuse, hein. Voilà. Et en fait, ils ont rappelé en fin d'après-midi pour dire que la place avait été prise par un autre jeune. Je crois qu'elle a mis plus de 6 mois à défaire sa valise. Et après il y a eu des comportements agressifs envers les adultes qui se sont mis en place parce que précédemment il y avait un autre jeune qui avait dû jouer du couteau et ça avait accéléré la réorientation. Donc elle, elle a fait pareil. Elle a menacé une éducatrice avec un couteau. Bon, tout s'est pas mal dégradé encore en fait. Sauf qu'évidemment sur le papier Bah c'est pas très vendeur pour une réorientation donc il n'y a pas eu grand monde qui a voulu l'accueillir par rapport aux comportements qu'elle mettait en place et sa réorientation, elle a pris quasiment un an et demi, 2 ans, je crois. (Mme P., Chef de service, MECS, à propos d'une jeune ayant fait une TS par la suite).

Ils voient d'autres jeunes partir. Donc ça vient renvoyer encore une fois ce truc. Moi on me veut plus, on veut pas de moi, je suis mauvais. (Brigitte, ES, foyer d'urgence)

Cette situation vient redoubler l'atteinte à l'estime de soi pour des jeunes qui pensent pour certains que s'ils ont été maltraités cela doit être un peu de leur faute et parce qu'ils n'étaient pas assez bien pour leurs parents.

L'instabilité sur les structures, cumulée à la faiblesse des liens familiaux (en quantité pour des adultes « sûrs » et bien évidemment en qualité lorsqu'il s'agit de parents ayant fait souffrir) emporterait des conséquences en termes d'aptitude et d'envie de créer des liens, pour des jeunes décrits comme « isolés », « seuls » et/ou tenant des discours négatifs sur leur relation aux autres et leur valeur (« je ne compte pour rien », « si je meurs ça dérangera personne ») :

Il paraît impossible pour O. de faire confiance aux autres. Il dira ça ne sert à rien d'avoir des amis pour qu'on... qu'ils se retournent contre toi. (Mme S, Psychologue, ASE)

Cette jeune fille a régulièrement changé de foyer en fait ce qui a provoqué aussi au niveau de l'attachement une certaine forme de « on ne s'attache pas et on évite de lier des liens ». (Annie, ES, service jeunes fuyeurs)

Lui il ne s'autorisait pas à faire des amitiés parce qu'il avait été deux fois changé de foyer et ça, ça l'avait un peu perturbé. (Mme U, Chef de service, MECS)

D'autres professionnels décrivent des jeunes en risque suicidaire qui sabordent leurs relations :

Je crois qu'elle va tout le temps rejouer la rupture. Elle est immature affectivement. Elle est carencée. Je ne sais même pas si quelqu'un pourra combler ça à un moment donné en fait. (Mme P, Chef de service, MECS)

Rejouer la rupture, mais lesquelles ? Celle lié à la relation aux parents ? Celles liés à l'instabilité de la prise en charge ? Ou encore quelque chose de plus personnel et subjectif : une mortification identitaire, le moment où l'on conclut, aux termes des expériences, qu'on ne compte pour rien et pour personne ? Le propos de nos enquêtes ne nous donne pas de réponse claire. En tous cas ce type d'état suicidaire est souvent perçu par les professionnels comme un appel à l'aide.

Ici nous sommes face à une disparition de demande et d'attente, alors que dans le précédent motif c'était le trop d'attente qui prédomine dans le discours, mais dans les deux cas en raison de défauts d'affection initiaux puis de la précarité et de l'incertitude temporelle sur la qualité et la durabilité des relations. L'individu privé et déçu soit n'en veut plus dans le motif présent, soit tente d'en avoir le maximum par angoisse que cela s'arrête dans le motif précédent. L'inquiétude professionnelle et les tentatives de créer du lien sont mises à distance par des jeunes méfiants dans le cas présent (et plus souvent des garçons) alors que dans le cas précédent ce sont les professionnels qui tentent de remettre de la distance.

4.2.4 Violence sexuelle et autopunition

D'après les récits, quelque chose de plus éprouvant se joue pour les jeunes à qui l'inceste ou l'agression sexuelle ont appris que c'est qu'en tant qu'objet sexuel pour le plaisir d'autrui qu'elles valent quelque chose et que l'affection pouvant être reçue se confond avec l'attirance sexuelle suscitée. Dans le 4.2.3, le défaut d'affection conduit à accaparer un adulte dans la MECS et à combler, alors que, comparativement, les jeunes incestées et violées chercheraient une réponse, hors de la structure autant que dedans, sur la nature de l'affection et de l'attention qu'elles reçoivent, sur ce que sont les hommes et sur le pouvoir qu'elles peuvent exercer et se réapproprier sur un type d'affection, d'attention et de relation bien particulier. Concrètement les professionnels décrivent des situations de consentement et d'oubli de soi face au désir sexuel d'autrui, des conduites d'hyper-sexualisation et de prostitution contre rétribution modique :

Elle sait me dire que « mais en fait, ce que tu n'arrives pas à savoir ce que tu peux pas comprendre ». C'est qu'elle se sent importante à ce moment-là, c'est le seul moment où elle se sent importante, c'est quand elle répond à un besoin. Et elle me dit, mais en fait j'ai tellement pas... Et on a parlé de l'estime de soi, de l'amour propre. « J'en ai jamais eu, j'en ai jamais eu ». elle me dit « les seuls moments où j'en ai, c'est à ce moment-là » Quand un garçon me donne de, parce que du coup c'est ça, me donne de l'intérêt. Alors c'est au détriment de son plaisir. Mais au moins il me donne de l'intérêt. (Elena, ME, foyer d'urgence)

Y a une jeune qui elle n'arrive, je dirais pas qu'elle arrive à faire le lien, mais qui dans certains entretiens où on va discuter, peut dire « personne m'aime sauf si je suis habillée en pute ». Par exemple. Est-ce qu'elle arrive à comprendre vraiment qu'elle se met en danger pour du coup se retrouver dans une certaine relation ? Moi je ne sais pas ce qu'elle s'imagine ? Moi je fais le lien que oui peut-être c'est un moyen d'être en relation avec l'autre et être désirée... (Brigitte, ES, foyer d'urgence)

Vu que c'était une gamine de 14 ans, je lui dis « parce que tu sais, il y a, est-ce que c'est un viol ? Est-ce que tu as été consentante ? » Elle me dit « j'étais consentante, il était gentil ». (Ahmed, ME, foyer d'urgence)

Cette jeune, autrefois incestée par son grand-père, est rentrée au matin avec des hématomes sur le pubis et le haut des cuisses. Le professionnel dira plus loin qu'elle « a eu un consentement ».

Avoir un consentement comme on aurait eu le hoquet, cet oxymore du consentement involontaire dit quelque chose de l'inadmissible pour le professionnel (envisager qu'il ne s'agisse pas d'un viol), mais peut-être aussi de l'inceste. Si on fait confiance au récit, la jeune n'a pas fait du sexe avec un inconnu parce qu'elle avait une attirance pour lui, mais parce qu'il « était gentil⁸ » sans doute comme le grand-père violeur, vis-à-vis duquel il était difficile pour une enfant de ne pas obéir et de ne pas vouloir être gentille en retour de la façon qu'il exigeait.

Dans ce cas de figure, ces conduites rapportées s'accompagnent de demandes fantasmatiques, qui n'ont finalement rien de paradoxales, de cadre et de contrainte de la part des professionnels éducatifs, notamment homme, de les empêcher de fuguer, de partir avec le premier venu, de coucher pour une cigarette :

Elle m'a dit : « Je crois que t'es le seul », ainsi qu'à une autre collègue, « quand vous étiez là, je pouvais. Je voulais, j'avais pas envie de fuguer ou quand je fuguais, je faisais, je mettais un stratagème de ouf pour, pour partir parce que voilà, vous êtes les seuls à m'empêcher de fuguer ». (Ahmed, ME, foyer d'urgence)

Ces jeunes testent en inquiétant d'une part la réalité et la sincérité d'une attention. Attitude sexualisée de la jeune précédemment agressée par un parent, réaction protectrice et déssexualisante du professionnel et développement d'un attachement substitutif déssexualisé (« elle m'appelait Tonton ») qui n'annule pas les investissements risqués lors de fugues.

Ces jeunes répliqueraient aussi l'agression sexuelle passée pour essayer d'en prendre le contrôle :

On a l'impression qu'elles se pensent en contrôle de la situation, ça c'est sûr. Donc là, cette jeune qui peut dire. Qu'elle le fait pour être aimée, en soit, « on m'aime pas si je suis pas en pute ». Mais on a l'impression plutôt la prostitution, bon, l'exploitation sexuelle des mineurs vient plutôt jouer un rôle, un espèce de, comment s'autonomiser en fait ? Voici, mais bon... Et dans leur dans leur tête, c'est « je fais avec mon corps ce que je veux, c'est moi qui contrôle, je me gagne mon argent ». (Brigitte, ES, foyer d'urgence)

Mais elles sont aussi décrites comme cherchant à sentir une culpabilité, à se faire punir et à se punir, sous forme de scarifications et plus rarement de gestes suicidaires qui ont l'air plus brutaux que d'autres et qui semblent encore moins précédés de signes avant-coureurs :

C'était pour se faire mal, pour. euh... Elle avait honte de elle des fois. Elle avait honte de ce qu'elle faisait et voilà, elle dit que ben. C'était un mode de, pour se punir/ (Ahmed, ME, foyer d'urgence)

Elle a quand même parlé de grosse mise en danger d'un point de vue sexuel où en fait elle dit, c'est elle qui dit ça comme ça, qu'elle se met dans des situations où elle sait qu'elle va finir par se faire violer. Elle le sait et elle le fait pour se faire punir, enfin pour se punir.

Q: Elle dit se faire punir de quoi ?

Non, ça elle sait pas encore. (Léonie, ES, foyer d'urgence)

Des fois, on sent en dessous des choses non verbalisées, quand ce n'est pas des ruptures et ben les abus, les abus sexuels, abus familiaux. Et là on va plus être dans le silence et les premières alertes, elles sont par les mises en danger qui ne sont pas forcément directement des mises en danger de la vie, mais ça va être des mises en danger de l'intime, des dévalorisations de l'image de soi et qui peuvent là passer par des passages à l'acte qui peuvent être radical. Là il n'y a pas, on ne prévient pas quoi c'est on se met en danger, on se salit, on se sent pas respecté, on n'a pas l'impression, enfin non, on ne l'a pas été d'ailleurs, mais du coup on ne se respecte plus. La

⁸ Il faut souligner le côté enfantin du mot et le contraste avec les blessures suite à cette nuit passée dans une cage d'escalier.

culpabilité et à un moment des mises en danger renouvelées qui viennent dire qu'en fait c'était de ma faute si ça m'est arrivé puisque je reproduis. C'est donc que c'était de ma faute. Et là, j'ai vu des mises en danger. Voilà, les jeunes filles qui finissent par se faire séquestrer. Qui ont été en danger de mort, mais qui vont rencontrer des personnes qui vont les mettre en danger de vie ou de mort. La dépendance, la relation toxique, les violences dans le couple. Et là, on va plus vers les risques de féminicides quoi et la consommation de drogue, très forte. (Mme R, ES, référente ASE)

Deux jeunes femmes évoquées par nos enquêtés en ayant ce profil se sont tuées. Une troisième n'a survécu à sa pendaison que parce que le veilleur a avancé cette nuit-là son horaire de passage dans les chambres.

4.2.5 Plaisir d'inquiéter

Un autre cas de figure - peut être une étape plus loin dans les carences affectives et le doute dans sa propre valeur et dans la sincérité des adultes, prend lui aussi la forme de discours suicidaires et de comportements visant à exister en inquiétant. Mais, dans ce que décrivent les professionnels la mise en relation avec autrui prend un tour sadique et manipulateur. Une satisfaction d'inquiéter et de faire peur semble présente sans qu'il ne s'agisse plus vraiment d'espérer et d'obtenir de l'attention, de l'affection et une aide. À un adulte présumé faux s'adresse un adolescent faux et cherchant à tromper, dont l'insincérité est manifeste et voulu comme telle par lui. Ce cas de figure où le pouvoir d'inquiéter autrui remplace une recherche d'attention valorisante d'autrui en l'inquiétant semble néanmoins rare dans les descriptions des professionnels :

Elle se met à pleurer et à commencer à crier. Mais comme j'ai, je l'ai vu en nombre de fois incalculable dans cet état. Et que du coup elle se stoppe et qu'elle s'arrête et qu'elle rigole, et en plus suite à ça ce que j'ai pas précisé tout à l'heure, elle m'a dit « non je rigole », elle m'a pas laissé le temps de réagir, qu'elle m'a fait un câlin. (Elena, ME, foyer d'urgence)

Une variante consiste à prendre les professionnels en défaut dans leur travail. Les professionnels décrivent des jeunes avec « un petit sourire », après avoir réussi à se faire mal avec un objet introduit en douce dans le service de pédopsychiatrie et qui a échappé à la fouille, ou après avoir réussi à subtiliser des médicaments dans l'armoire à pharmacie de la MECS pendant un moment où le professionnel a le dos tourné.

Inquiéter semble devenir le seul mode d'existence possible et probant, et continuer à inquiéter implique une fuite en avant dans l'atteinte à soi ou dans l'ingéniosité pour conserver et accroître une puissance d'atteinte à soi-même dans un espace protégé et surveillé.

4.2.6 La décompensation suicidaire et les jeunes qui ne font pas de bruit

À première vue, cette thématique vécue ne relève plus des motifs perçus de suicide. Rentre dans ce cas de figure des raptus suicidaire avec des éléments hallucinatoires terrorisants et culpabilisants (souvent des MNA et des majeurs ex MNA). La volonté suicidaire n'est plus un excès d'interprétation et de réaction face à une réalité partageable, mais une réaction face à une réalité personnelle et silencieuse qui n'est plus la même que celle perçue par l'entourage. Le vécu professionnel de ce décrochage est d'autant plus vif qu'il y a peu de signe avant-coureur :

Je le dis beaucoup aux équipes. « Méfiez-vous des jeunes qui font pas de bruit, méfiez-vous des jeunes qui font pas de bruit », ça veut dire qu'un gamin qui est, qui a un profil psy, l'automutilation, des choses comme ça, qui fait du bruit, des crises, des trucs comme ça, on en parle tout le temps, mais le gamin qui rase les murs. Voilà et donc on s'est mis, en place, nous

chaque semaine, un rituel pour faire attention à ces jeunes qui font pas de bruit, qui peuvent avoir une dépression à bas bruit. On appelle ça comme ça, avec souvent en tout cas, moi, c'est ce que j'ai appris, ce que ce que j'ai pu constater, des passages à l'acte réussis tout de suite et qu'on n'a pas vu. (Maelle, ES, chef de service, MECS)

Les cas rapportés sont souvent ceux de jeunes ayant grandi à l'étranger, jusqu'ici relativement pudiques sur leurs vécus d'enfance et leur humeur, au point de passer inaperçu jusqu'à une décompensation :

On a une jeune, Fatou... Alors elle venait... c'est pas Togo, je sais plus. Elle venait d'Afrique, sa mère était morte en couche d'elle et en gros elle avait dû fuir le pays parce que sa communauté considérait que c'était une enfant maudite, qu'elle avait tué sa mère et qu'elle apporterait que du malheur, donc elle était partie avec sa grande sœur et elle dénonçait que sa sœur en gros la réduisait un peu en esclavage. Et en fait, au bout d'un moment, elle a commencé à délirer, à dire qu'elle voyait, qu'elle entendait sa mère et elle faisait de grosses crises où elle disait « maman, maman » et elle regardait comme si elle voyait sa mère. Et dans ces moments-là, elle essayait de se suicider donc on était obligé de faire des contentions qui duraient 45 minutes, une heure et demie, jusqu'à ce que les pompiers arrivent, et elle essayait tout. C'est-à-dire qu'on pouvait pas baisser la vigilance une seconde. Elle a essayé de se jeter dans les escaliers. Après, on a voulu l'emmener dans sa chambre, elle a essayé de se jeter par la fenêtre. Du coup, moi, je me retrouve à la tenir au sol donc je suis comme ça et je l'ai là contre moi. J'ai ses bras et j'ai une collègue qui est un peu assise sur ses jambes, donc j'ai une autre collègue qui vide la chambre de tout ce qui pourrait être dangereux. Et puis ma collègue a fini, je me dis c'est bon je peux au moins lui lâcher un peu les bras, enfin la laisser respirer quoi. Et je lui lâche les bras et elle se jette sur son pot de crème hydratante et elle mange tout... Et, mais enfin, je me suis dit, à quel niveau de désespoir quoi... C'est... Vraiment tous les moyens étaient bons. (Léonie, ES, foyer d'urgence)

Le cas de figure inverse est aussi évoqué, non plus un jeune qui ne fait pas de bruit dès le départ, mais celui qui cesse d'en faire, qui n'a plus de demande explicite ou implicite adressée à l'adulte et qui semble étrangement serein. Il ne s'agit pas tant d'une disparition des motifs de vivre que d'une disparition d'une dernière motivation à exprimer à autrui une envie d'en finir. Dire qu'on voudrait mourir, c'est encore vivre et rester en lien avec les vivants. Cela dit en creux que l'expression par l'idée ou par l'acte face à autrui est aux yeux des professionnels encore une communication et une relation, alors que les jeunes « qui ne font pas de bruit » (qui ne font plus de bruit) semblent s'être déjà détachés du vivant et de tout élément relationnel protecteur face à la mort.

Conclusion

Voici ce qu'on repère dans les narrations de suicides et de tentatives de suicide. Certains éléments descriptifs sont fortement conscientisés (fragilité par manque de relation, défaut d'estime de soi, caractère adressé ou non de l'acte, dimension de bluff ou de chantage, caractère inquiétant du repli sur soi). D'autres sont nommés, mais leur valeur significative semble rester latente pour les enquêtés (viol, inceste). L'internalisation psychologisante des motifs de se faire du mal est souvent présente, au détriment d'une prise en compte des effets des contextes relationnels : dans le dernier extrait évoquant une jeune prénommée Fatou, le lien n'est pas fait avec un choix impossible dont la responsabilité est déléguée à la mineure (repartir au pays avec sa sœur dont la maltraitance a justifié le placement, ou « devenir » MNA en France). Dans quelles conditions matérielles et subjectives les professionnels se font-ils leur opinion sur le risque suicidaire et sur ces signes ? Ces éléments sont-ils susceptibles de nous renseigner sur les significations qu'ils viennent donner aux états suicidaires ?

Deuxième partie : Des professionnels socio-éducatifs de MECS et de foyer d'urgence face au risque suicidaire

1. Des obstacles et des angles morts dans le repérage

1.1 Obstacles à la création d'une relation de confiance

Repérer un mal être et une situation à risque, permettre une élaboration et une confiance dans l'adulte, serait plus facile en pouvant dialoguer et créer du lien. Mais pour des raisons diverses (manque d'estime de soi, défiance envers les adultes suite aux maltraitances, placement vécu comme une punition ou une trahison dont on est un peu responsable envers ses parents), les professionnels sentent parfois une hostilité de principe à la relation de la part des jeunes. Sur un foyer d'urgence cette première barrière est d'autant plus difficile à franchir car la prise en charge est présentée comme temporaire (elle est en fait d'une durée incertaine en fonction des places en aval et des éléments négatifs au dossier des jeunes les rendant peu attractifs, elle peut largement dépasser les 3 mois prévus) :

J'ai le souci de me diriger vers les personnes. Du coup je me dirige, « écoute on se présente, voilà. Moi je m'appelle Elena ». Du coup bah je suis éducatrice. Et du coup le jeune soit il va me dire « Ah OK c'est cool moi c'est Kevin » au final Dac, Bah ça me va bien. Y en a un ça m'a fait rire plus tard parce que j'ai trouvé ça tellement amusant. Et lui les présentations, en fait c'est moi qui l'ai rattrapé parce qu'il allait dans sa chambre, dans les escaliers et en fait, on discute dans les escaliers. Je me présente, « je t'ai pas rencontré et tout du coup bah voilà moi c'est Elena ». Il bloque, il me regarde. Je lui dis, mais du coup « je connais pas encore ton prénom » et là il me fait « bah je m'appelle pas » et il part et j'ai trouvé ça, mais extraordinaire. (Elena, ME, foyer d'urgence)

Etre « placé et déplacé » (Durousset, 2016) ne fait pas du bien aux jeunes. Mais l'instabilité des équipes est un autre obstacle à la création d'un lien de confiance. Par exemple sur une unité territoriale d'un des départements d'enquête, les deux référentes ASE les plus anciennes ont 8 ans d'ancienneté, 10 autres référentes ont entre 1 et 6 ans, les 3 autres ont moins d'un an d'ancienneté. Pas mal de jeunes ont plus d'ancienneté dans l'ASE que les professionnels qui s'occupent d'eux. Il est à craindre que le turn-over et les absences des professionnels soient porteurs d'effets néfastes sur l'estime de soi des jeunes et leur disposition à confier leur mal-être. L'anticipation de l'instabilité des professionnels vient faire obstacle à l'engagement des jeunes dans une relation et au développement de lien affectif, pour ne pas en payer le coût en cas de départ d'un professionnel auquel on s'attache. Voir arriver et partir des stagiaires, des intérimaires, voir des professionnels qui démissionnent, vient rejouer des ruptures subies avant le placement et renvoie aux jeunes que le travail consistant à prendre soin d'eux est pénible, ce qui vient dire quelque chose de leur valeur.

1.2 Peu d'évocations de la place et du point de vue des parents

Cette instabilité et cette précarisation des liens ont sans doute des conséquences sur les transmissions d'informations et la réinscription institutionnelle des sujets dans leur histoire. Les professionnels ont le sentiment d'être peu informés sur l'histoire familiale du jeune, ses antécédents médicaux et ses vécus de la mesure de placement :

Souvent les fonds de dossier sont très pauvres. (Clara, ES, Service jeunes fugueurs)

J'ai l'impression du fait de parfois nager dans le vide face à certaines situations. (Brigitte, ES, foyer d'urgence)

Tim Guénard (1999), Céline Raphaël (2012), Lyes Louffok (2014) et Adrien Durousset (2016) évoquent pourtant beaucoup leurs parents dans leurs témoignages. Comparativement, ils parlent bien moins d'éducateurs qui auraient été les dépositaires de leurs vécus familiaux. Comparativement toujours, les parents sont peu présents dans les récits de professionnels de la protection de l'enfance de notre enquête. Le lien entre geste suicidaire et configuration familiale reste souvent superficiel sauf cas d'inceste, alors que nombre de situations de TS s'inscrivent dans des placements suite à des maltraitances, des délaissements ou des négligences graves. L'histoire et la trajectoire familiale et de placement semblent perdues de vue. Elle est pourtant jugée essentielle pour le repérage de facteur de risque de suicide.

1.3 Une faible mise en avant du caractère genré du mal être

Le caractère genré du risque suicidaire est un autre angle mort du repérage. Les professionnels de MECS ou de l'ASE présentent les idées suicidaires et les TS comme une modalité parmi d'autres des diverses mises en danger et passages à l'acte qui les occupent et les inquiètent. En entretien l'entrée par le suicide conduit souvent à un propos en réponse qui balaye toutes les formes de danger, de destruction, de déchéance, de désespoir, perçues au travers de comportements comme l'alcoolisation, la consommation de drogue, les prises de risque dans l'espace public, les mauvaises fréquentations, la prostitution, les scarifications, les violences, les TS, mais sans forcément insister sur le fait que certaines sont plus masculines et d'autres plus féminines. De même, la surreprésentation des filles dans les TS et les suicides n'est pas souvent soulevée spontanément.

Les suicides, TS, scarifications, prostitutions sont largement féminins. Les filles semblent plus dans l'auto-agressivité, l'atteinte à la surface du corps, mais aussi la verbalisation et l'élaboration. À l'inverse, on aurait un déni masculin du mal être et du trouble psychique, associé à une hétéro agressivité et des conduites fondées sur le mouvement, le choc, la vitesse. Les violences physiques, conduites ordaliques (jeu en scooter ou autres défis dangereux) seraient plus masculines. Mais si la modalité d'expression est à peu près perçue comme genrée, le mal être exprimé tend à être perçu et traité comme unisexe par les professionnels. Ceux-ci discriminent des manifestations, mais moins leurs causes. Ni le haut degré d'association entre scarification et TS, entre prostitution et TS et entre inceste et TS, ni la surreprésentation des filles dans les actes de scarification, de prostitution, de TS et de suicide ne sont envisagés comme l'indice d'une spécificité de genre dans la souffrance.

Or, si la distribution homme/femme s'inverse dans les suicides (de 3 garçons pour 1 fille en population générale à 4 filles pour 1 garçon dans nos placements⁹), c'est que l'acte suicidaire n'est plus seulement un moyen (habituellement surtout masculin) de soulagement d'une souffrance « unisexe », mais qu'il devient un moyen (anormalement massivement féminin) d'échappatoire à une souffrance féminine spécifique. Les professionnels de la protection de l'enfance ignorent le plus souvent qu'il y a 3 suicides homme pour un suicide femme en population générale, et ne perçoivent pas cette tendance atypique de 4 mortes pour un mort que

⁹ On dispose de chiffres de 2017 sur la part des filles et des garçons dans les placements mais sans pouvoir isoler les placements en MECS des autres types de placement (Abassi, 2020). Alors que la part des garçons chez les MNA (91%) explique assez bien la part qu'ils représentent parmi les suicidés MNA, la part des filles Non MNA dans les placements (44%) exclu d'emblée l'hypothèse qu'il y aurait beaucoup de suicide féminin en raison d'une forte présence féminine dans les placements.

nous percevons par l'enquête. Ils n'ont donc pas de raison d'élaborer une théorie explicative prenant en compte un ou des facteurs lié(s) au genre susceptible d'expliquer cette anomalie dans la distribution femme/homme des suicidés.

Cette énigme suggère des hypothèses non exclusives : soit la protection de l'enfance produit dans ses interventions une souffrance spécifiquement féminine, mais nous n'avons pas assez d'éléments pour supposer, par exemple, un niveau d'agression sexuelle élevé au sein des MECS ou un effet majoré pour les filles du manque de figures substitutives d'attachement ; soit en dehors des lieux de placement un niveau de violences élevé favorable aux pensées suicidaires pèse plus spécifiquement sur des filles (mais là aussi les limites de notre enquête laissent cette hypothèse plausible sans réponse) ; soit la protection de l'enfance est un poste d'observation avancé qui concentre et rend repérable les formes aiguës d'une souffrance plus générale chez les adolescentes et les jeunes femmes (Cf. annexe 2, une dégradation de la plupart des indicateurs de santé mentale des jeunes femmes de 15 à 24 ans spécifiquement est souligné par Hazo et al., 2024).

Il est impossible de se prononcer sur la base de nos données d'enquête, ni malheureusement à l'aide d'autres travaux, car la variable genre est peu mise en avant dans les études sur le surrisque suicidaire des enfants placés. Camille Danner Touati (2021) prend en compte cette variable genre et arrive au constat, contradictoire avec le nôtre, d'une absence d'écart dans le risque suicidaire entre garçons et filles (p. 120). Cet écart de résultat peut être lié aux différences de composition des échantillons d'enquête (suicidés et suicidants pris en charge par l'ASE et évoqués par des professionnels dans notre enquête, versus adultes entre 18 et 53 ans sortis d'une prise en charge ASE et dont 61% avaient fait au moins une tentative de suicide, pendant ou après le placement) et aux écarts de méthodologie dans l'identification des cas de tentative de suicide (signalés pas les professionnels dans notre cas, auto-rapportés ou notés au dossier de suivi dans l'étude de Danner Touati).

2. Des catégories de jugement peu centrées sur le suicide en tant que tel

2.1 L'indicible suicidaire

Typiquement, nombre de professionnels disent en début d'entretien qu'ils n'ont pas eu à faire face à des TS ou à des suicides, l'échange part alors le plus souvent sur les idées suicidaires et les interviewés élargissent spontanément le sujet, par association d'idée et d'exemple, à toutes les formes de passage à l'acte, de conduite à risque et de mise en danger évoquant une autodestruction et quelque chose de morbide. Ils décrivent, alors un large éventail de conduites à risque et d'actes potentiellement mortels dirigés contre soi, sans les qualifier. Il faut alors leur demander ce que c'est :

Q : Là. Pour elle, ce qu'elle a fait, ça s'appelle comment ?

Je ne sais pas, moi je j'aurais... parce qu'en fait en vous en parlant je suis en train, j'ai l'impression de pas avoir beaucoup bouclé cette situation qui s'est passée, moi.

Q : Parce que, naïvement je me dis c'est une tentative de suicide, mais en même temps, je suis pas psychiatre, vous voyez ce que je veux dire ? Mais je me dis spontanément, comme ça, le sens commun, on pourrait dire c'est une tentative de suicide, alors que pour elle, pour vous, ça a quel nom. Pour l'équipe ça a quel nom ?

Nous, ça nous a beaucoup attiré l'attention en fait sur son mal-être, à se poser la question quand même, est-ce que c'est pas une manière de. En fait, on a plutôt interpellé ça, sur sa recherche de cadres en fait. Jusqu'à quel point est-ce qu'on va la protéger et de quelle manière ? [...] c'est

vraiment elle vient vérifier l'adulte et jusqu'à quel point est-ce qu'il tient. Qu'est-ce que veut dire protéger ? (Brigitte, ES, foyer d'urgence)

Cette TS, pas bien dangereuse il est vrai (une dizaine de grammes de paracétamol) se dissout dans le mal-être d'une part et est rabattue sur un mode de relation et de recherche de l'adulte d'autre part. Le sens vécu pour la jeune (dont on n'a pas trace) s'efface devant un mobile professionnalo-centré, bâti à l'aune de conceptions socio-éducatives typiques des éducateurs : cadre, limite, contenance. L'entretien suscite donc plutôt des descriptions factuelles d'un mode opératoire (« elle s'est pendue », « il a avalé des morceaux de verre »), sans prononcer le mot. Pendant que la finalité ou l'humeur dépourvue d'envie de vivre sont nommées par périphrase (« en finir », « idées noires », « mal-être ») :

Est-ce qu'un jour on va juste ouvrir sa chambre et qu'elle sera... Elle aurait. Elle aurait dépassé le cap. (Brigitte, ME, foyer d'urgence)

Parfois l'existence de tentatives semble refoulée :

Q : Mais, vous avez dit idée suicidaire et tentative de suicide pour des filles, mais donc il y a eu des tentatives quand même [alors que l'interviewée disait qu'elle n'en avait jamais eu] ?

Oui.

Q : Il y en a eu ?

Ce qui s'est passé, c'est que... On a eu une jeune, qui est arrivée avec une grosse problématique au niveau de son rapport avec le corps, son surpoids. Et au-delà, ça, faisait déjà quelques années qu'elle se scarifiait. Et en fait ce qui s'est passé, c'est. En fait, un soir, elle a bu un produit, c'était du Tercian. Elle a, elle l'a bu en fait. Voilà.

Q : Elle avait un traitement. Elle était suivie. Comment elle avait pu y avoir accès ?

Alors elle était suivie psychiatriquement. Et, en fait. Quand elle a fait ça, quand elle passe à l'acte... Le constat, il est tentative de suicide. Le constat est tentative de suicide... Mais l'idée de départ, c'était pas la tentative de suicide, c'était de... C'était comment dire, ça rejoignait en fait tous les éléments de scarification, parce que c'est une jeune qui se scarifiait. En fait, cette jeune, c'est pas la première que j'accompagne qui se scarifie parce que j'en avais accompagné une autre. Bien avant, mais... L'ampleur n'était pas aussi grande, n'était pas aussi souffrante. Parce que du coup, elle se scarifiait. C'était sur le corps, sur les jambes, les bras... Et, elle pouvait s'étrangler. S'auto-étrangler. Donc elle, ce qui s'est passé là avec le Tercian, ça s'est fini. Enfin elle aurait pu y rester en fait. Elle aurait pu clairement y rester. Elle s'en est sortie indemne au bout de quelques temps. Et du coup elle a repris là où elle s'est arrêtée quoi, c'est que bah elle a, les scarifications se sont poursuivies. (Elena, ME, foyer d'urgence)

Dans un cas de tentative de pendaison à laquelle un professionnel fait obstacle un peu par chance, le « mot en S » n'est pas employé, alors que c'est pourtant bien la jeune qui a tenté de se pendre. Deux situations décrites de façon très visuelles et sanguinolentes sont nommées comme « passage à l'acte », sous forme de « scarification profonde » :

Mais une fois, bah une fois je suis monté dans sa chambre pour la réveiller, pour, et en fait j'ai vu les draps, c'était, qu'ils étaient... C'était plein de sang, c'était couvert, c'est, c'était rouge, c'est, c'était un film. (Ahmed, ME, foyer d'urgence)

Mais phlébotomie ou TS n'est pas employé, mais pourquoi alors en parler alors que le sujet d'enquête et le motif d'interview est tout de même celui des états suicidaires des jeunes placés ?

2.2 Morcellement des perceptions des conduites suicidaires chez les professionnels et les jeunes

Plus encore, tant pour les professionnels que pour les jeunes qu'ils décrivent, des connexions ne se font pas entre des idées suicidaires, un moral bas, une envie de disparaître, une intention suicidaire plus précise et exprimée, des actes descriptifs (se couper, s'étrangler avec une chaîne de vélo), une qualification possible (TS) qui suppose la reconnaissance (par l'auteur, par le professionnel) d'une intention.

Nous avons vu que « passage à l'acte » ou « mise en danger » sont préférés pour qualifier. Ces expressions typiques du travail social gardent leur part de non-dit. « Passage à l'acte » : quelque chose d'innommé et de non verbalisé est exprimé à autrui par l'acte (mais quels actes ?) plutôt que par la parole. « Mise en danger » : pour les professionnels c'est bien le jeune qui se met en danger, mais dangers devient l'unique synonyme de quelles choses ? De quoi danger est-il le nom et y a-t-il besoin de diluer les pires avec les autres dans une catégorie vaste et floue ? Enfin, l'incertitude des professionnels demeure, sous cette expression, concernant la conscience de se mettre en danger et la volonté de se mettre en danger.

Les notes d'incident qui s'en suivent ne comportent pas les mots « tentatives de suicide » et ne rapportent que le mode opératoire. Cela pose d'ailleurs la question de savoir qui au sein de la protection de l'enfance est fondé à qualifier un acte en tentative de suicide. Si le corps médical a ce mandat dans le cadre hospitalier, selon les quelques ES et ME à qui nous avons posé la question, à leur connaissance personne ne porte en propre cette mission au sein de la protection de l'enfance. Plusieurs ES et ME ajoutent qu'on leur demande justement de décrire factuellement et de ne pas qualifier les faits dans les notes d'incident.

Alors que des actes précis qui ressemblent le plus à un suicide ou à une TS échappent à la qualification, paradoxalement, à l'échelle d'une trajectoire de jeune, ou bien lorsque les professionnels généralisent à plusieurs jeunes, l'ensemble et la succession de faits et d'états sont nommés comme un « suicide lent » et inconscient. L'emploi au sens propre du mot suicide semble difficile alors que son emploi métaphorique à une autre échelle semble possible et très signifiant. L'éventail des cas particuliers, suicidaires ou non, est subsumé en une vision générale pessimiste et implacable, celle d'une destruction en cours et d'un long suicide social. Le fatalisme inquiet et impuissant ressort par exemple sous le vocabulaire pyrotechnique, en quelque sorte, que les professionnels emploient souvent : les jeunes « pètent », « explosent », sont des « bombes à retardement ».

Nous pensons que les réticences à parler prosaïquement de suicide ou de TS tiennent au fait que du côté des jeunes décrits, il semble y avoir une décomposition des liaisons logiques entre fin, moyen et acte. Dans sa pureté théorique le suicide suppose d'expliquer un geste mortel, réussi ou qui rate de peu, par la mise en perspective et en relation d'une humeur et d'un acte via l'idée d'une intention et d'une tentative d'obtenir un résultat fatal. Il reste au moins quelque chose de raisonnable dans cette démarche au sens où, même si d'un point de vue rationnel ou philosophique on peut considérer qu'il s'agit d'une erreur de jugement sur ce que vaut une vie, cela reste un jugement du suicidaire sur sa situation et ce qu'il convient de faire. L'humeur et une situation entraînent l'intention qui détermine le choix d'un mode opératoire et d'un acte produisant le résultat visé. Mais cette chaîne logique apparaît comme décomposée ou inexistante pour la plupart des jeunes dont nous parlent les professionnels. Ainsi de deux jeunes filles qui se sont défenestrées :

Elles n'ont pas exprimé ça comme des tentatives de suicide, ni l'une ni l'autre. [puis, au sujet de la première qui a sauté d'un deuxième étage] elle dit, « je n'ai pas voulu me tuer, j'ai voulu sortir », et quand on lui parle du danger et du risque de mort, là elle dit « ce n'est pas grave »,

en fait là elle dit « bah de toute façon si je meurs je n'aurais pas perdu grand-chose ». (Mme R, ES, référente ASE)

Outre la variabilité du degré d'envie, d'intention, d'efficacité du moyen, du résultat, du sens rétrospectif donné au geste par son auteur (ce qui en soit peut déjà donner un large éventail de suicides ou de tentatives), semble se poser un problème de conscience et de réflexion sur ces éléments. Il y a aussi des actes de destruction de soi, mais sans rien exprimer (ni envie ni intention) :

Y a pas eu de tentative de suicide à proprement parler [puis, après une hésitation, évoquant une jeune] elle, évoquait des idées suicidaires très présentes et aussi, elle était entrée de plus en plus dans la construction d'un scénario aussi, pour arriver à ses fins et en même temps sans jamais l'avoir fait. Et en même temps, voilà, je pense qu'actuellement, par exemple, tout le monde sait que si on veut se scarifier, pour mourir, faut pas se couper comme ça, faut se couper comme ça. Et puis mettre dans de l'eau pour que ça continue [l'éducatrice considère que le sens des coupures permet de distinguer des scarifications d'une phlébotomie, mais cela suppose une hypothèse lourde : que la jeune sache qu'une coupure latérale et une coupure longitudinale ne produisent pas les mêmes conséquences]

Q : Vous le nommiez comme scarification. Elle le nommait comme tentative de suicide ?

Mais pas tant que ça en fait. Enfin, si elle le montrait, elle, elle disait plus qu'elle voulait mourir, mais elle a pas, elle ne faisait pas le lien [avec des scarifications profondes] « j'ai fait ça pour mourir », non. Mais elle disait tous les jours qu'elle souhaitait mourir. (Léonie, ES, foyer d'urgence)

L'acte devient parfois indécidable sur le plan de l'intentionnalité. Par exemple, la mort d'une jeune par étranglement avec une corde à sauter dont une extrémité est accrochée en hauteur est envisagée comme un jeu du foulard qui a mal tourné plus que comme un suicide, parce qu'il n'y avait aucun signe avant-coureur de mal-être. Une jeune de 17 ans avec des antécédents de scarification, de TS par pendaison et de multiples hospitalisations en pédopsychiatrie part fâchée de la MECS en pleine nuit avec une ES à sa poursuite. Elle s'allonge dans le noir sur une route départementale et se fait écraser. Elle n'avait peut-être pas l'intention de mourir selon une ES de la MECS. Une ES en MDA considère pour sa part que :

Évidemment, ça a l'air comme ça très suicidaire. [puis ajoute] On ne saura jamais trop si c'était un acte suicidaire ou pas suicidaire ou en lien avec sa pathologie. (Anna, ES, MDA)

Il y aurait donc une troisième éventualité dans cette mort dans laquelle la jeune a indéniablement été actrice. Outre l'intention (suicide) ou l'absence d'intention (accident), la pathologie psychiatrique signifierait l'abolition de la compétence d'intention, une déraison dans la mort d'un niveau supérieur à la déraison suicidaire puisque ni l'intention ni l'absence d'intention ne sont déterminantes. L'éventualité d'une mort volontaire, mais sans discernement et donc sans responsabilité d'une volonté dans un geste.

Ce morcellement caractérise le travail d'interprétation et on n'y retrouve pas directement la cohérence interne propre à la définition médicale de la « crise suicidaire ». Cela contribue à ce que le suicide se dérobe et que les choses soient donc nommées comme « souffrance », « appel à l'aide », « absence d'espoir », « demande d'attention », « sentiment de ne compter pour personne ». Pour les professionnels de MECS, les motifs de ne pas s'aimer et les attentes de réparation, entraînant divers actes qui ne sont pas tous et pas vraiment suicidaires, ces manifestations de « mal-être » recouvrent, débordent et empêchent la qualification plus précise et plus brutale comme suicide ou TS de certaines situations. Face à ce continuum d'intentionnalité et de conscience d'une létalité du geste plus ou moins claire, la DREES (Hazo, 2024) en vient d'ailleurs à prudemment parler de geste auto-infligés plutôt que de tentatives de

suicide. Pour les professionnels le morcellement dans l'état suicidaire ne retrouve une unité qu'en étant aggloméré à une échelle plus vaste, celle des conduites à risque et du mal-être.

2.3 Le continuum mal-être

Tout nous pousse donc à suivre les professionnels dans une vision continuiste, un continuum mal-être, ou un continuum suicidaire, puisqu'ils voient la vie de certains jeunes comme un long et lent suicide fort éloigné de la vision binaire (et peu opératoire) qui sied au suicide (vouloir mourir ou pas, être convaincu que le geste entraîne la mort ou pas). Ils renvoient ce long calvaire à des raisons massives et générales d'aller mal quand on est un enfant placé :

Beaucoup sont à la limite du passage à l'acte. Et je dirais que c'est une sorte de lame de fond et c'est pour ça que je parle de fond dépressif. [...] Il y a quelque chose qui est concentré, triste au fond d'eux, de ce qu'ils ont pas, de ce dont ils ont pas pu bénéficier. Petit. Quand bien même des fois, y a eu des suivis qui ont permis qu'il y ait des jeunes qui arrivent à sortir un peu la tête de l'eau. C'était toujours très difficile quand même. Pas mal de jeunes qui sont beaucoup dans l'isolement, renfermés sur eux-mêmes. Pour qui l'extérieur, c'est quelque chose de compliqué. Et oui, peut-être qu'à un moment, il y a quelque chose, une période qui vient se rajouter, un échec, quelque chose qui s'est pas bien passé, qui déclenche, mais c'est des jeunes qui sont très fragiles. Et je pense que c'est vraiment, ça va au-delà. Enfin, la, je sais pas comment ça peut se quantifier entre guillemets, mais ça va au-delà de la simple comptabilité quel jeune a été reçu à l'hôpital et quel jeune est décédé des suites. (Albert, conseiller technique, ASE)

On pose une question sur les états suicidaires et les réponses débordent :

Et après, je pense que c'est aussi, qu'est-ce que peut renvoyer la mise en danger, puisque c'est pas forcément que le risque suicidaire, c'est la mise en danger. Parce que le risque suicidaire, pour moi, c'est une mise en danger pour soi. C'est comment du coup, accompagner, repérer ça, mais la mise en danger, ça peut être le suicide, ça peut être de l'autodestruction, mais c'est du suicide lent, on va dire. C'est la prise de drogues ou de toxiques, et cetera. [...] nous on sait qu'il peut y avoir une mise en danger. [...] Il y aura potentiellement un passage à l'acte. [...] Et c'est du coup nous, comment on accompagne ce jeune public. En ayant connaissance des limites de la psychiatrie. (Eric, ES, service jeune majeur)

Dans les conduites à risque, en fait le suicide, il arrive en bout de chaîne, souvent la tentative de suicide est déguisée. C'est assez évident sur les garçons, sur les mises en danger, conso de stups, fréquentations avec de jeunes majeurs infréquentables, recherche de limite du côté de la loi et de la vie. Ça rejoint les thèses de Le Breton sur le concept d'ordalie où tu vas chercher la renaissance. Quand tu es ado c'est toujours inconscient. Sur des profils ASE, là où je suis vigilant, c'est des mômes qui n'ont rien à perdre. Arrivé à 15, 17 ans, des mômes déscolarisés, avec des soins qui sont en pointillés, tout n'est que rupture, c'est clairement les profils sur lesquels je suis vigilant, les conduites à risque qui peuvent se transformer en suicide, consommation d'alcool, c'est un appel à l'aide, conduire à 90 en scooter sans casque, c'est pas une tentative de suicide, mais ça peut faire que tu existes plus. Sur les filles, les profils de gamines ça peut arriver qu'elles soient dans des dynamiques de ne rien avoir à perdre aussi, mais c'est moins bruyant. [...] les filles on va être plus sur des consos de médocs [...]. Voilà comment je perçois tout ça. J'ai jamais eu de mômes qui ont réussi à aller au bout de ce qu'ils ont pu mettre en place. (Jean, ES, ASE)

Leur mode de pensée professionnelle est continuiste (« en bout de chaîne », « j'ai jamais eu de mômes qui ont réussi à aller au bout de ce qu'ils ont pu mettre en place ») et fondé sur le risque de danger (« nous on sait qu'il peut y avoir une mise en danger », « il y aura potentiellement un passage à l'acte »). En termes de souffrance, ils posent comme significativement de même nature (ce qui n'interdit pas une gradation d'intensité) des signes différents. Leur mode de

perception est centré sur la vulnérabilité suicidaire élevée de la HAS (et non sur les idées suicidaire et l'urgence suicidaire), associant des signes de mal-être, des comorbidités (trouble alimentaire, anxiété, dépression), dont certaines sont non strictement médicales (drogue, fugues, prostitution, défis dangereux).

3. Quels risques perçus du côté de la protection de l'enfance ?

Les capacités de repérage sont d'ordre expérientiel et non formalisé. Les entretiens avec les professionnels nous donnent la même impression que celle de pédopsychiatre :

Ils ont, comment dire, une forme de savoir expérientiel liée à la récurrence des patterns quoi. Mettons les éducateurs de [foyer d'urgence], ils en ont plein des enfants et du coup, ben il y a ceux qui sont pas comme les autres. Enfin il y a « là lui il nous inquiète » et du coup ce seuil phénoménologique enfin de dire bah voilà ils savent pas toujours expliciter le pourquoi, mais moi je trouve ça a quand même de la valeur ça. [...] Cette forme de savoir là, liée à la pratique, moi, elle me paraît quand même. Voilà affûtée quoi. (Adeline, Pédopsychiatre hospitalière)

Alors que la HAS recommande « la mise en place d'actions de sensibilisation aux conduites suicidaires, à la santé mentale, à l'entraide et à l'accès aux soins dans toutes les institutions accueillant des enfants et des adolescents, en particulier en milieu scolaire et dans les institutions prenant en charge des populations présentant un surrisque de trouble de santé mentale (notamment l'Aide sociale à l'enfance, la Protection judiciaire de la jeunesse et certains secteurs du handicap) » (HAS, 2021, p. 10), quasiment aucun professionnel n'a suivi de telles formations. Aucun ne semble avoir entendu parler de recommandation de la HAS ou autre, ni même du 3114. L'expression « crise suicidaire » doit être expliquée, car elle conduit à des malentendus (elle est comprise comme « tentative de suicide »).

Par contre, l'expérience avec les jeunes sert de substitut. L'expertise est informelle et repose sur une compétence d'expérience. Pour percevoir un jeune à risque, les professionnels utilisent les critères implicites suivants :

- Différence : est-ce que le jeune dénote en plus triste et plus souffrant que d'autres jeunes qui ne tentent pas de se suicider,
- Changement : est-ce que l'humeur du jeune s'est dégradée, est-ce que son comportement change avec quelque chose d'énigmatique dans le changement,
- Fréquence : est-ce que ses TS sont fréquentes, ou associées à des conduites dangereuses et dégradantes fréquentes,
- Dangereuse apparente : est-ce que ses TS sont graves au niveau du risque de mort perçu par le professionnel et/ou est-ce que le mode opératoire est particulièrement violent et impressionnant,
- Publicisation : est-ce que le jeune révèle ses intentions ou son acte ou est-ce qu'il les cache.

L'expérience relationnelle accumulée produit une aptitude sans connaissance légitime concernant la gravité des tendances à vouloir mourir. Le repérage est basé sur la perception d'un écart entre états psychiques atypiques et états psychiques courants qui n'embrayent pas sur une TS. Il y a les couples humeurs/passages à l'acte courants et dont les conséquences connues par expérience n'apparaissent pas dramatiques, et des couples humeurs/passages à l'acte d'expérience plus inquiétants et qui font craindre quelque chose de plus grave. Ces perceptions subjectives ancrées dans l'expérience et dans les relations contribuent à ce que les

professionnels n'aient pas un fort degré de concordance dans les jeunes perçus comme à risque. Une perception plus homogène ne serait possible qu'avec l'utilisation d'outils d'évaluation communs. L'expérience personnelle comme outil plutôt que l'outil collectif d'évaluation explique assez bien les deux premiers critères de jugement (différence, changement).

De façon expérientielle et pragmatique, ce sont aussi des changements et des décalages non chez un jeune qui inquiète par son état, mais simplement dans les bruits familiers et des routines observables qui subitement s'effacent qui servent d'alerte. Il se passe quelque chose d'anormal (sans même qu'on sache forcément quel jeune ça concerne) et il faut aller voir :

Q : Est-ce que vous savez ce qui vous a interpellé ou pas ? Qu'est-ce qui a fait qu'enfin.

Pas de bruit dans la chambre sachant que c'est des gamins qui faisaient du bruit, que quand ils étaient dans la pièce, tu savais qu'ils étaient là ou dans le groupe. Et de ne pas les entendre, ça m'avait interpellée. Le silence dit beaucoup par moment. Un gamin qui va brailler, qui va gueuler, si tu l'entends, c'est que ça va, c'est qu'il est là. Mais tu ne l'entends pas, ce n'est pas bon. Donc puis enfermé dans la chambre hein. Tu sais qu'il est dans sa chambre, il n'y a pas de bruit. (Daphnée, ES, service jeunes fugueurs, évoquant son expérience antérieure en MECS)

S'inquiéter de la récurrence est sans doute le critère le plus dépendant aux autres. Pour des jeunes qui sont perçus comme n'allant pas bien par ailleurs, se dégradant, ayant des mises en danger extérieures, utilisant des modes opératoires violents et perçus comme graves et ne signalant pas leur TS, la récurrence ne fait qu'accroître une inquiétude déjà massive :

On a une jeune qui était dans une mutilation quotidienne à un moment. Et c'est vrai qu'on se demandait est-ce qu'un jour on va juste ouvrir sa chambre et qu'elle sera... elle aurait. Elle aurait dépassé le cap. (Brigitte, ME, Foyer d'urgence)

Inversement, la récurrence de ce qui est perçu comme des « appels à l'aide » fait plutôt baisser l'inquiétude, s'il s'agit de TS réversibles et au risque légal perçu comme faible, rapidement révélées par la jeune elle-même, révélatrice d'un mal-être qui est surtout une carence affective, donc une demande d'attention et de soin que la TS vise à susciter en inquiétant. Une jeune chez qui on ne perçoit pas de changement d'humeur à la baisse et dont la détresse est perçue sous l'angle de ses besoins affectifs immatures fait descendre l'inquiétude et provoque une lassitude en multipliant des passages à l'acte peu impressionnant.

Les professionnels jugent de la gravité des faits et du sérieux de la volonté de mourir ou de l'indifférence à la vie en fonction de la hauteur de chute, de la quantité et du type de médicaments ingérés, de la brutalité, rapidité et faible réversibilité du mode opératoire choisi. Ils ont aussi des croyances médicales d'origine incertaine. Par exemple, pour trois d'entre eux, la différence entre une phlébotomie et une scarification s'estime par le sens de la coupure :

Q : Vous pensez que les jeunes savent faire la différence [entre se couper dans le sens de la longueur du bras ou en travers au niveau du poignet] ?

Oh, je pense que si. Je pense qu'ils savent là où ils risquent leur vie ou pas.

Q : Ah, d'accord.

Je pense qu'ils savent que comme ça [en travers du bras] ils risquent pas de mourir.

Q : Et vous, comment vous l'avez su vous que comme ça on risque pas de mourir ?

... J'ai toujours su, je sais pas... Dans les séries et tout... (Léonie, ME, foyer d'urgence)

Mais aussi la violence de la vision de la scène leur imprime un sentiment traumatique de gravité. Les TS les plus impressionnantes sont celles où il y a suffocation (changement de coloration, convulsion, perte de connaissance). Les « scarifications profondes », que les professionnels ne

nomment pas comme TS, impressionnent tout autant en raison de la quantité de sang (et parfois en raison de l'emplacement d'entailles secondaires : visages, seins, pourtour des organes génitaux). Inversement, une TS au paracétamol produit peu d'impressions sensorielles. Le risque léthal lié à la toxicité pour le foie diffère le danger de 48 à 72 heures après la prise. Les symptômes (douleur abdominale, vomissement) sont peu impressionnants et n'apparaissent pas immédiatement. Cela contribue possiblement à une minoration de la gravité de ce type de TS.

Les professionnels jugent aussi de la gravité des faits suivants s'ils sont alertés par les suicidants ou s'ils les découvrent autrement. Or, la TS médicamenteuse, parce qu'elle est lente (paracétamol par exemple) et fortement réversible (et qu'a priori les jeunes ne s'y attendent pas) contribue à ce que les suicidant la révèle (et seuls les professionnels médicaux des urgences percevront la gravité de la tentative ensuite). Il y a peut-être une erreur de jugement à penser que c'est parce qu'ils n'essayaient pas vraiment de mourir que des jeunes prennent des médicaments. Dans certains cas cela peut être parce qu'ils ont pris des médicaments, et que c'est long et désagréable ensuite qu'ils en parlent à un éducateur ou à un autre jeune.

4. Réagir aux états suicidaires à la protection de l'enfance

4.1 Sentiment de ne pas pouvoir s'appuyer sur le secteur de la santé mentale et d'être seul

La division du travail proposée par la HAS (2021) pour la prise en charge du risque suicidaire semble peu réaliste au regard des contraintes de travail groupal et dans le quotidien que vivent les ES et ME en foyer, au regard aussi de l'engorgement des services hospitalier et parfois de la faible consistance du travail en réseau avec le secteur du soin. La HAS indique que « lorsqu'un enfant ou un adolescent exprime des idées suicidaires à [...] un professionnel [...], il est nécessaire qu'il reçoive de sa part une réponse réactive et adaptée, notamment en termes d'écoute et d'orientation ». Puis il est proposé « que l'ensemble des professionnels au contact d'enfants et d'adolescents soient sensibilisés aux enjeux de la santé mentale à ces âges, au repérage des signes généraux de mal-être, à la façon d'y répondre et aux ressources professionnelles disponibles ». Ce « réseau de sentinelles formées, accompagnées et articulées avec les dispositifs de soin en santé mentale » remplit des « fonction de repérage et d'orientation, notamment des personnes à risque suicidaire ». Plus loin, la sentinelle : « s'intègre dans le cadre d'un réseau formalisé, étroitement articulé avec l'offre de soin » (p. 12). Le repérage comprend donc déjà une fonction d'orientation pourtant annoncée en deuxième position par la HAS dans les étapes d'intervention (« repérage, évaluation, orientation ») que celle-ci distingue. Si une première orientation intervient dès l'étape du repérage cela implique qu'elle est déjà une étape évaluative. La responsabilité devient lourde pour une simple « sentinelle » et le niveau de technicité attendu aussi (« réponse réactive et adaptée », « écoute », « orientation », maîtrise minimale des « enjeux de santé mentale », des « signes généraux de mal-être », de « la façon d'y répondre » et des « ressources professionnelles disponibles »).

Les sentinelles risquent de vivre une situation écrasante si après repérage et échec de leur orientation faute de place de soin (pouvant être vécu comme un désaveux de leur évaluation et une perte de crédibilité vis-à-vis du jeune qu'ils ont tenté de convaincre d'aller vers le soin), elles doivent de surcroît assurer une fonction de fait de protection de la personne au sein de la structure. « Dans cette chaîne, la pertinence du maillon d'amont dépend de l'efficacité du maillon d'aval » (HAS, p. 10), mais la pertinence de la sentinelle en amont dépend aussi de leurs croyances et expériences par rapport à l'aval. Or, tous les professionnels de la protection de l'enfance interviewés estiment que la pénurie de places (urgence ou hospitalisation

programmée, CMP) ne donne accès aux soins qu'aux situations les plus graves et que les délais d'attente sont incroyablement longs (et peuvent se compter en mois pour de l'ambulatoire). Les sentinelles ont l'impression de repérer dans le vide et de devoir faire face « seules » ensuite (« on est tout seul »). Que faire en attendant l'aval ? La HAS ne donne pas de solution pour vivre et cohabiter dans une situation groupale avec un jeune ayant des pensées suicidaires et en attente de prise en charge.

4.2 Occuper le jeune suicidaire, empêcher des cogitations, le surveiller, réduire les possibilités

Les professionnels repèrent les temps creux (weekend, soirée) comme des moments dangereux pour les jeunes. Ils tentent de les occuper, d'éviter un désœuvrement propice aux pensées suicidaires :

On essayait de l'occuper au maximum pour pas qu'elle fasse pas de TS... (Ahmed, ME, Foyer d'urgence)

Les procédures et procédés de contrôle et de surveillance qui visent à s'assurer de l'intégrité physique des enfants apparaissent essentiels autant qu'ambivalents. Tout d'abord, ils peuvent se référer à un travail de surveillance quotidienne et à un travail de suivi des dossiers de santé relevant davantage de la veille en santé publique. Cette surveillance peut également consister à retirer les objets tranchants, à mettre en place un protocole de ronde, avec porte ouverte, à prendre contact régulièrement par téléphone, ou passer par une co-présence rapprochée. Par ailleurs, protéger implique parfois de s'engager corporellement pour contenir physiquement les tentatives de passage à l'acte. Les lieux d'accueil semblent davantage développer cette vigilance de manière intuitive après un passage à l'acte, comme retirer les verres et les ciseaux d'un bureau après qu'une jeune fille ait tenté de se couper les veines. Pourtant, le stockage des médicaments s'avère problématique, car sur un lieu de vie leur sanctuarisation n'est ni automatique ni évidente. Elle devient une recommandation après le repérage d'un risque, mais les défauts de sécurisation sont fréquents :

Moi, ça me rend un peu dingue parce que quand je bossais, on laissait l'armoire ouverte. Sauf qu'en fait, c'est trop facile d'accès, des fois, c'est beaucoup trop facile d'accès pour les jeunes. Normalement, les médicaments, ils doivent être dans une armoire fermée. On laisse pas... (Jeanne, ES, microstructure de placement)

Aucun des établissements ne paraît disposer d'un protocole de prise en charge des idéations, des crises et des actes suicidaires. L'aménagement des locaux (chambres en étage, disposant pour un des établissements de balcons et fenêtres non condamnables...) n'a pas fait l'objet de dispositions spécifiques. Il n'existe pas de chambres dédiées aux adolescents présentant des troubles suicidaires. Dans un des établissements se trouve pourtant une chambre PMR non utilisée (située en rez-de-chaussée), mais il n'a pas été envisagé d'y loger une des adolescentes qui menace de façon récurrente de se jeter de son balcon.

4.3 Essayer de créer du lien et ne pas savoir quoi dire

Alors que la HAS indique que « poser la question à un enfant ou un adolescent sur la présence d'idées suicidaires n'induit pas chez lui de telles idées ou ne provoquera pas de passage à l'acte » (2021, p. 12), des professionnels craignent de provoquer l'acte en abordant le sujet. Le sentiment d'incompétence et de non-maîtrise des conséquences pousse à ne rien dire :

Je trouve par rapport à cette problématique, c'est vraiment le côté de se sentir seul et de pas être suffisamment formé pour... même des fois avoir les mots ou pas parce qu'enfin moi ça m'est arrivé où elles dévalent leur mal-être et en fait je les laisse déverser parce que je me dis, si je dis quelque chose d'un peu de travers, ça peut motiver le passage à l'acte ou au contraire enfin être dans totalement autre chose ou elle serait encore plus mal. (Daphnée, ES, service jeune fugueur)

Ou bien à positiver :

On avait eu ça, un chef de service ASE qui est allé voir l'enfant qui venait d'être victime de féminicides et qui, je pense, lui-même sidéré par la situation. En fait, il dit un truc, genre « mais tu sais », une phrase vraiment bateau je sais même plus, enfin. « On s'en remet toujours » ou je sais pas quoi ou « ça ira mieux ». Et en fait ce truc un peu de, de vouloir absolument dire un truc et... Voilà de, de soutien... Voilà en fait, c'est souvent beaucoup plus violent qu'ajusté. (Adeline, Pédopsychiatre hospitalière)

Il y a parfois pour l'enquêteur l'impression d'entendre des phrases toutes faites, interchangeables, applicables à toutes les situations et qui ne donnent aucune solution pratique. Elles ont souvent pour caractéristique de reposer sur une injonction bienveillante (« tu devrais ») associée à un contenu général et imprécis (« faire des choses pour toi », « te donner du temps », « prendre du temps pour toi », « te poser »). On trouve encore des conseils qui sont des objectifs d'une grande évidence et non des méthodes et des moyens de les atteindre. Un mélange d'injonction et de méthode Coué qui éloigne les professionnels d'une écoute et qui risque de tuer la conversation et toute forme d'élaboration propre au jeune :

Il va falloir faire un tri dans l'entourage que tu as [...] il va falloir que tu te rendes compte que tu existes et que tu comptes autant qu'une autre personne en termes de valeur aussi (Elena, ME, foyer d'urgence, conseil donné à une jeune qui vient pourtant de lui dire qu'elle n'a pas d'autre entourage et ne trouve pas d'autre façon d'avoir de la valeur aux yeux d'autrui que de michetonner)

On lui a dit [qu'on laissait de côté les questions de reprise de formation], mais prend ton temps, essaye d'aller mieux. (Kathia, ES, MECS)

L'inquiétude semble peu dicible par le langage. Cela touche aussi à l'innommable (viol, inceste, mort). Par exemple, suite à une narration d'une tentative d'attouchement (un frotteur qui avait l'âge d'être le père de la jeune) lors d'une sortie du groupe au restaurant, nous demandons si la jeune et l'ES en ont parlé ensuite. Voici ce qu'elle répond, non plus en parlant de cette situation, mais de toutes celles sous-jacentes, dont elle ne va pas parler au cours de ce long entretien :

J'avoue que c'est pas. J'ai pas évoqué cette question, c'est des situations tellement difficiles à gérer. Enfin, il y a quelque chose de l'ordre de l'insupportable pour moi de voir une enfant qui pourrait avoir l'âge de ma fille se casser en escaladant le portail, hein. Et revenir avec des bas troués, le maquillage de travers. Où elle a des traces sous l'œil parce qu'elle a été tabassée. Et où je sais qu'elle a le trou du cul en chou-fleur et qu'il va falloir que je l'emmène à l'hôpital. Et où je lui demande de pas se laver [en vue de l'examen médico-légal] alors qu'elle se trouve dégoue... J'ai quand même quelques difficultés à évoquer tout ça de manière très directe. (Lucie, ME, foyer d'urgence)

Dans cette réticence à évoquer le risque suicidaire ou le viol, il existe, au-delà des limites personnelles, une crainte de ne pouvoir apporter de réponse :

Voilà, alors d'en parler avec des jeunes qu'on sait isolés ? Dire ça avec un jeune qui peut potentiellement avoir du relais du tiers, mais dire ça à un jeune dont on sait qu'il va être seul pendant tant de jours consécutifs. C'est pas anodin quoi. (Albert, conseiller technique, ASE)

Et que dire après une tentative de suicide ? Les professionnels affrontent alors une épreuve du silence. Comme le soulignent Mogie et Le Moigne (2021) pour les adolescents suicidants en

hôpital psychiatrique, la prise en charge est délicate, car elle confronte à l'incapacité des jeunes à élaborer les raisons de leurs passages à l'acte. Jeanne, éducatrice d'une microstructure, raconte les difficultés auxquelles elle se heurte. :

On a parlé après avec elle pour essayer de revenir sur ce qui s'était passé. Alors que nous, on avait quand même des clés avec ma collègue, On a essayé, je me souviens, on était toutes les deux là à discuter avec elle, mais elle voyait même pas l'utilité de se poser la question. Et ça, c'est... Il y a une fois avec le psychiatre aussi où du coup on a soulevé un point justement, de pourquoi elle avait pris des médicaments et donc impossible d'en parler. « Je sais pas, j'en sais rien »

Les jeunes de sa structure, caractérisés par des troubles psychiques, ont « de profondes questions identitaires, avec tout ce que la puberté vient remuer. Mais ce qui ne se pense pas agit encore dans le corps, sans qu'il ait de la pensée derrière, qui se mettent en place ». Cette éducatrice n'est pas la seule parmi les enquêtés à considérer ainsi que les jeunes sont aux prises avec un agir sans mot et quand le constat n'est pas fait par eux, c'est de toute façon ce qui ressort des réponses à nos questions sur la verbalisation autour de l'acte.

4.4 Passer par d'autres modes de communication

Le morcellement semble répondre au morcellement et la communication devient non langagière. Dans une logique d'attention, le geste et le toucher (soin des blessures, massages) deviennent une sorte de langage par le corps, à défaut d'une dynamique d'élaboration symbolique, via le fait tant pour le jeune que pour le professionnel, de sentir que leurs énoncés verbaux sont entendus et compris dans leur gravité. Éventuellement, le geste-signe n'est pas un substitut, mais une étape, il est envisagé comme une possibilité d'obtenir la parole :

Le gamin qui passe à l'acte, je vais être dans l'ultra câlin, l'ultra prendre soin, je vais lui proposer un massage, un hammam, un repas dehors, une canette. [...] « Allez viens, on va au bout de la rue, je te paye un coca, ça te va ? », « Ben oui » il a le sourire, un coca, enfin, on s'occupe de lui. [...] Le gamin en a besoin et sur ce chemin, on va parler de tout et de rien. Et parce qu'on parle de tout et de rien, sans forcément que je le regarde. Il va parler, ça libère la parole. (Lucie, ME, Foyer d'urgence)

De même, sont rapportés les tours en voiture. Le professionnel tente de créer une possibilité d'écoute en aménageant un espace-temps pouvant « offrir un cadre contenant », en dehors des routines habituelles. Ce cadre crée les conditions de l'enveloppement en vue d'une parole :

Un tour en voiture la nuit, qu'est-ce que ça marche avec les ados. [...] Ça a le don de les bercer. Et le fait d'être dans cet habitacle, un peu à la nuit tombée, ils sont ouais, un peu dorlotés. Ils sont attachés avec la ceinture. On retrouve vraiment ce côté contenant, c'est tout à fait ça et je ne les regarde pas en fait. Donc je conduis, ils mettent la musique qu'ils veulent, c'est eux qui choisissent, ils sont dans une sorte de cocon qu'ils ont eux-mêmes construit, mais que je leur propose et ils savent que c'est un cocon dans lequel ils peuvent me faire rentrer ou pas s'ils veulent. Je force pas, mais qu'est-ce que ça marche. (Lucie, ME, foyer d'urgence)

Cette professionnelle, qui a « déjà perdu deux jeunes » (et qui semble rongée par une infinie culpabilité) investit aussi les massages comme moyen de relation qui n'impose pas le langage face au morcellement traumatique (de la jeune et sans doute de la professionnelle) :

Ma médiation préférée, c'est apaiser les maux du corps. Un gamin qui se prostitue en règle générale a très mal au dos, mal au à la base du crâne, ça, ça vient taper là longtemps, les épaules sont lourdes, surtout ici. Souvent, ça bloque. Ah là. Moi je masse les jeunes, je masse les enfants, je sens où sont les nœuds sur leur corps et. Où, je suis en capacité de masser un jeune pendant 1 heure, Mais il va, déjà, il va dormir. Et ça aide beaucoup ce repos-là, c'est presque comme si

je forçais le corps à se reposer et ensuite ça libère la parole. On libère le nœud du corps, ça libère la parole et j'ai appris beaucoup de choses en me servant des maux du corps. Ne serait-ce que de la bobologie hein ? C'est incroyable, Très bien. « Je me suis coupé là », « allez viens ». « Je me suis ouvert là ». « Allez viens on va nettoyer ». (Lucie, ME, foyer d'urgence).

Plus couramment, la « bobologie » est perçue comme un temps d'exclusivité d'attention (et les scarifications sont souvent perçues comme une demande d'attention sous une demande de soin). Cette variante du toucher qui soigne est plus fugace, implicite et restreinte, elle perd sa dimension de relaxation. Cependant, cette attention sans mot constitue aussi un travail relationnel, peut-être pas en prévention et en prise en charge du risque suicidaire en particulier, mais plutôt en réponse au continuum de mal-être.

Dans d'autres cas, l'acte sert à porter la signification que le professionnel veut exprimer en retour, mais en limitant le message à la gravité de l'intention de mourir et à l'inquiétude :

Même des fois, on emmène aux urgences, même si on n'a pas peur de ce qui peut lui arriver, mais c'est pour montrer au jeune qu'on s'inquiète pour lui en fait. Mais c'est de la mise en scène parce qu'il se passe rien. Le médecin, il fait rien. (Léonie, ES, foyer d'urgence)

Il y a plusieurs messages dans l'acte d'amener aux urgences alors que somatiquement parlant la nécessité est très relative. Certes l'inquiétude, mais aussi parfois, de façon moins bienveillante pour la jeune et plus soulageante pour la professionnelle, une demande implicite adressée au jeune de sortir d'un entre-deux, soit tu vas mal et c'est médical, soit tu vas bien :

Du coup, c'est « si tu n'arrives pas à te tenir debout. En fait on va aller soit au médical ou à l'hôpital, il faut qu'on fasse quelque chose et il faut pas juste nous dire je peux plus ; qu'est-ce qu'on fait ? » Elle s'est relevée donc on se dit Bah c'est comme d'habitude, là c'est juste, un peu attirer cette attention de l'adulte. (Brigitte, ES foyer d'urgence, la jeune qui disait ne pas pouvoir tenir debout se relève, l'équipe découvre plus tard par une autre jeune qu'il y a eu une prise d'un cocktail de médicaments peu de temps avant)

Ici, la rationalisation évaluative (dont la charge est renvoyée à la jeune dans la mesure où on la soupçonne de faire semblant) accompagne la difficulté à savoir quoi dire d'empathique (et sans doute la lassitude face à des scènes qui se répètent).

4.5 Crainte de contagion et logique de crise

Structurellement, les professionnels de MECS peuvent difficilement se centrer sur une relation individuelle avec le suicidaire, car ils ont un groupe à gérer et craignent une contagion :

Moi, j'avais été confrontée à ça au foyer juste avant. Où c'était en fait très contagieux, c'est-à-dire qu'il y en a une qui commence... Bon, c'était quand même pour beaucoup des filles, la majorité. Et il y en a une qui commence et puis l'autre suit par mimétisme, puis elles le font ensemble et donc c'est très compliqué aussi... (Nadia, Psychologue, MDA)

Il y a une grosse crainte dans les établissements qu'on ne peut pas négliger c'est ce qu'on appelle la contagion. C'est-à-dire que quand il y a une jeune fille qui obtient de l'attention par le passage à l'acte, en mentionnant l'envie de mourir. Il y en a une, il y en a 2, il y en a 3, il y en a 4. C'est difficile à gérer parce que le groupe, c'est entre 12 et 15. Et c'est anxiogène pour les autres, ça peut renvoyer à des envies de passage à l'acte réel. Ça peut aussi renvoyer les autres jeunes à des passages à l'acte qu'ils ont vu de leurs parents. Euh, et donc il y a une envie un peu d'isoler la jeune qui va mettre ça en place alors que la demande en général, la première demande, c'est une demande d'écoute et d'attention parce que quelqu'un qui veut vraiment passer à l'acte passe plus facilement sous silence. C'est bien plus dangereux. (Mme R, ES, référente ASE)

Cette crainte de contagion tient à une crainte plus générale de mouvement collectif remettant en cause l'ordre public au sein de la MECS et l'autorité des adultes, en lien avec un problème d'attention distribuée. Il faut d'un côté s'occuper du jeune qui va mal, de l'autre ne pas délaissier les autres jeunes qui pourraient ressentir une iniquité et une frustration de moins recevoir d'attention, éviter une contagion des comportements juvéniles ayant permis d'obtenir une attention individuelle désirable. Quel que soit le phénomène à l'œuvre, éviter qu'il ne devienne un phénomène de groupe incontrôlable incite à être un peu sec avec le premier jeune qui perturbe le cadre et le groupe, quelle que soit la façon (auto-agressivité ou hétéro-agressivité, insolence), sinon avec deux professionnels contre 8 jeunes, c'est la loi des jeunes qui triomphe provisoirement :

Je trouve qu'il y a des contagions de symptômes, des jeunes filles de 15 ans qui sont ensemble. Ben elles vont s'exciter, faire n'importe quoi, et après ça devient ingérable [...]. Il y a des jeunes qui se retrouvent et qui se montent le bourrichon pour faire n'importe quoi et qu'on arrive pas à arrêter. Y a des périodes comme ça où. Ils veulent faire la misère au veilleur, et ils s'y mettent à plusieurs bien comme il faut. Il est obligé d'appeler le cadre d'astreinte, parfois les pompiers ou la police [...] C'est pas vraiment pour se mettre en danger. Et ceux qui se mettent en danger, je pense qu'ils en ont pas conscience parce qu'ils sont un peu, dans cette surpuissance, cette toute puissance. Le groupe, quand il est pas canalisé, par des adultes, qui posent quand même un cadre, et des limites. Je pense que c'est aussi pour ça cette grande crainte des éducateurs et leur focalisation sur les limites. C'est d'être envahis par les phénomènes du groupe. (Corinne, psychologue, MECS)

La présence des autres jeunes pousse à garder le contrôle, à être cadrant préventivement et à ne pas pouvoir accorder d'attention et d'affection de façon improvisée. Elle pousse aussi à ne pas trop faire d'exception et d'aménagement particulier qui pourraient passer pour des privilèges ou des préférences accordés arbitrairement. Ne pas faire d'exception vise aussi à ne pas exposer publiquement les particularités d'un jeune. Tout aménagement fait craindre une demande de généralisation aux autres jeunes ou une demande de reconnaissance d'une particularité par les autres jeunes du groupe¹⁰. L'attention distribuée pousse intrinsèquement à désirer que ce ne soit pas sérieux, pas grave, ne nécessitant pas une attention et un dialogue focalisé et individuel qui vient rompre un cours d'action plus collectif.

Le paradoxe n'est qu'apparent avec l'affirmation que les professionnels s'inquiètent pour les jeunes. Ils s'inquiètent bien en général, rétrospectivement et projectivement, mais parce que leurs conditions de travail leur donnent un sentiment d'impuissance et de fatalisme face aux risques¹¹, ils sont amenés à conjurer l'inquiétude et à peu l'accorder tant que le cadre tient et que ça n'explose pas. Faute de temps pour gérer une inquiétude particulière via un temps relationnel, l'inquiétude devient une ambiance d'impuissance :

Parce qu'enfin il y a 10/15 jeunes dans la même maison, un seul éducateur pour tous enfin ce n'est pas possible de donner son temps de manière équitable ou d'avoir le temps de gérer un... Enfin, il n'y en a pas un qui va plus bien. (Daphnée, ES, service jeunes fugueurs)

¹⁰ La prise en compte des troubles alimentaires est un bon exemple, idéalement il faudrait une grande souplesse sur les quantités, les menus, les horaires et le nombre de repas afin d'éviter des refus de manger ou des jeunes qui se font vomir ensuite. Mais pendant combien de temps les professionnels peuvent se le permettre sans désorganiser le fonctionnement du groupe, sans créer des besoins particuliers supplémentaires chez d'autres jeunes et sans afficher le jeune bénéficiant d'un aménagement ?

¹¹ « Elle a pris 16 ans » cette expression employée par différents éducateurs dit quelque chose du fatalisme et du pessimisme professionnel. Au lieu de grandir, les jeunes prennent des années, comme s'il s'agissait d'adultes « qui prennent de l'âge », ou de condamnés qui « prennent 5 ans ferme ».

Ce genre de contradiction insatisfaisante donne le sentiment d'une dépossession de la maîtrise de son travail :

Pour moi, c'est une jeune fille qui a besoin d'une personne constamment pour elle. Parce qu'on le voit bien, elle est... Moi déjà, étant sa référente, elle est constamment, constamment à vouloir enfin me parler, enfin trouver une excuse pour être en relation avec moi. La plupart du temps en plus, elle l'obtient que ce soit avec moi ou les autres professionnels, des temps individuels, en mettant en place des choses parce qu'enfin du coup les éducateurs vont aller vers elle, prendre un temps, une demi-heure, 1h avec elle et c'est des choses dont elle a besoin. Mais nous en foyer on ne peut pas se permettre ce genre de choses. [...] Je pense que ça joue sur les autres prises en charge, les autres jeunes filles en fait, qui sont un petit peu délaissées parce que ces jeunes filles là, elles nous prennent beaucoup de temps. Et voilà quand ce n'est pas l'une, c'est l'autre ou l'autre et donc du coup forcément celles qui ont un profil un peu plus calme bah sont un petit peu délaissées parce qu'on a moins de temps pour s'occuper d'elles et donc ça Ben. Fait un petit peu...

Q : D'insatisfaction ?

Ouais frustrant. Voilà un peu insatisfait de pas pouvoir s'occuper de tout le monde de la même façon. (Lydia, ES, MECS)

Les recommandations de la HAS, que les professionnels de MECS ne connaissent de toute façon pas, ne prévoient rien pour ce problème groupal de distribution d'attention. Plus largement, l'ensemble de nos lectures sur le repérage, l'évaluation du risque suicidaire et les premières actions de soutien visant à réduire ce risque, présuppose implicitement un unique jeune qui va mal et une logique « de cabinet » : une rencontre duelle en un lieu séparé du quotidien. Il n'existe rien sur la prise en charge simultanée, par un ou deux professionnels, de un, deux ou trois jeunes suicidaires qui vivent avec d'autres jeunes dans un quotidien.

4.6 Un conflit de rôle entre fonction cadrante-éducative et fonction d'appui psychologique ?

Une partie des filles semblent dans une quête affective. On ne saurait dire dans quels cas prédomine une recherche substitutive d'affection, la recherche d'un adulte sûr, ou la recherche d'une (re)valorisation par le biais d'un regard d'autrui positif, mais beaucoup de professionnels ne parviennent pas à aller très loin dans ces directions. Outre le manque de temps et l'obligation de distribuer équitablement l'attention, la crainte d'être aspiré dans une demande infinie joue aussi. En prime une prise en charge sans assez de distance rejoue des ruptures affectives tant pour les filles que pour les garçons, en MECS et surtout en foyer d'urgence lorsque le jeune doit partir (ou lorsque le professionnel démissionne) :

Mais quand il y a un lien, il y a un attachement, il y a des habitudes. Et quand il y a un départ, le jeune, il va quitter la structure, il quitte les éducateurs et, et ça, ça peut être terrible. Je parle pas pour des éducateurs parce que c'est notre métier, mais le jeune [...] pour certains, en fait le détachement, il peut être difficile, des fois il peut prendre du temps, donc des fois je sais pas, peut-être une ou 2 fois dans l'année, ils vont demander à repasser sur un après-midi. (Elena, ME, foyer d'urgence)

Mais aussi la logique de la protection de l'enfance est celle d'une préparation à l'autonomie et il est saisissant de voir combien des adolescents, assez jeunes, sont renvoyés à eux-mêmes, pas même à un objectif d'autonomie future, mais à un postulat implicite d'autonomie déjà nécessaire et possible s'ils font preuve de volonté.

Certaines pratiques éducatives anciennes valorisant la sanction automatique des manquements des jeunes sont mises à mal par l’emmêlement du mal-être et des transgressions. Voici ce qu’en dit une cheffe de service, au sujet des éducateurs les plus anciens de son équipe :

Quand y a un jeune qui va mal, moi c'est toujours la question que je lui pose, « comment t'aider », des fois les éducateurs, ça les énerve puisqu'ils [les jeunes] viennent de faire. Je sais pas une connerie, moi « non non, comment je peux t'aider ». Et ça peut les tendre puisque l'idée c'est de sanctionner, vous savez les éducateurs qui sont sur un truc de, un acte, une réponse et donc on essaie aussi de détourner et ça c'est long. En tout cas pour les éducateurs qui ont toujours travaillé en MECS, c'est hyper dur parce que c'est nouveau ce public-là qui va très mal comme ça, c'est hyper nouveau. Et donc c'est raide pour eux, parce que quand pendant 30 piges, on s'occupait d'ados, un peu délinquants, difficiles, mais qui rentraient un peu dans la gueule. Et là, quand on a des gamins qui se mutilent, qui machin, et qu'on est habitué à avoir une réponse, une stratégie éducative pam, pam, pam ! Bah c'est compliqué, ça bouge tout quoi. (Maelle, ES, Cheffe de service, MECS à double agrément ASE et PJJ)

Les psychologues en MECS et les pédopsychiatres qui sont revenus d’approches psychanalytiques ou de la théorie du conditionnement opérant, pour aller vers le psycho trauma et l’importance d’une sécurisation relationnelle et affective sont les premiers à signaler cette tension entre autonomiser, prendre le jeune en défaut, sanctionner et lui offrir des temps de relation positive et dénués d’enjeux stressants :

Souvent les éducateurs, ils ont beaucoup un rapport à la morale qui est vraiment important. Ils sont dans des positions très surmoïques, « Il faut faire ça, faut pas faire ça », « t'as le droit, t'as pas le droit ». Alors que c'est vraiment pas ça le plus important, enfin, oui c'est important d'avoir un cadre. Mais, bon, en fait, ce qui est important c'est le partage avec l'enfant. C'est l'échange. C'est que l'enfant dise ce qu'il pense et que l'éducateur puisse aussi dire ce qu'il pense. Et puis qu'il y ait une communication comme ça, une envie de, d'être ensemble et puis de partager. C'est pas « faut faire ci et pas ça » ou « c'est bien c'est pas bien », alors même que les éducateurs ils respectent pas toujours leurs règles quoi. (Corinne, psychologue, MECS)

Ça fait comme en clinique, quand on est insécure [jeunes professionnels peu expérimentés, équipe où on ne se fait pas confiance], on cherche à reprendre le contrôle [rigidité dans les exigences, agacement face à l'opposition]. Et en fait, c'est là où ça va encore plus entrer en miroir de la problématique des jeunes [eux aussi insécures]. Donc ça va être encore plus d'escalades symétriques de violence. Ils sont dans des exigences éducatives parce que le métier a aussi évolué. Ils ont des horaires coupés, il y a, il faut qu'ils fassent des projets, il faut qu'ils aient, il faut qu'ils mettent le jeune en mouvement. (Angèle, pédopsychiatre hospitalière, équipe mobile d'appui aux établissements de la protection de l'enfance)

Avoir une écoute, on l'entend de la part des jeunes, « il ne m'écoute pas » ou... Ce qui n'est pas simple parce que nous, ici, c'est facile parce qu'on a ce rôle-là et uniquement ce rôle. On est très peu confronté à poser le cadre, ils ne viennent pas trop nous bousculer de ce côté-là. Par contre, l'éducateur, il doit faire tout, il doit aussi tenir un projet, il doit poser le cadre au quotidien et être à l'écoute dans ce cadre-là, je pense que ce n'est pas toujours simple. (Antoine, IDE, MDA)

Alors que le volet éducatif, marqué par des projections sur l’avenir tend à mettre l’accent sur la construction de la responsabilité et l’activation des jeunes, le risque suicidaire en suspend momentanément et parfois durablement les visées. C’est d’autant plus le cas que les travailleurs sociaux sont fréquemment confrontés à des discours pessimistes de leurs usagers, sans plus aucun espoir en l’avenir ni croyance dans une perspective de transformation et d’amélioration, à l’opposé des discours éducatifs sur la préparation de l’avenir du jeune. Ces discours de désespoir marquent aussi les professionnels :

C'est parce qu'il y a des jeunes qui sont... À quoi bon ? À quoi bon ? À quoi bon m'accrocher ? À quoi bon me faire chier à demander une aide financière ? À quoi bon aller ? En formation aller bosser à quoi bon ? (Albert, ES, conseiller technique ASE)

Sortir du rôle dévolu est alors une nécessité pour répondre à cette souffrance souvent au détriment des registres éducatifs jugés contre-productifs tant ils renvoient des formes d'attentes, de normes, qui elles-mêmes renvoient les jeunes à leur inertie ou à leur échec. Comme l'explique une pédopsychiatre d'une équipe mobile, les pathologies dépressives de nombreux jeunes sont méconnues ou invisibilisées ce qui rend l'attente éducative (« va remplir le lave-vaisselle » ou « il ne fait rien de ses journées ») particulièrement délétère vis-à-vis d'un adolescent qui n'est physiquement et psychiquement pas en mesure de se mobiliser. Se pose ainsi de manière saillante le dilemme autour de la reconnaissance de la vulnérabilité, de la souffrance voire de la pathologie, à un âge où des repères et des ressources suffisamment solides doivent être acquis pour préparer à la future vie d'adulte. Le temps d'écoute consacré à ces jeunes empêche l'exécution des tâches dédiées au travail éducatif. Leur accueil peut donc s'avérer ambivalent dans la mesure où ces jeunes relèvent de la « protection » tout en ne permettant pas d'appropriation du travail relationnel et des outils habituellement requis pour l'assurer (Le Moigne, Pisu, 2019). En venant travailler sur les limites de l'intervention socio-éducative, la problématique suicidaire intensifie le sentiment de désarroi et d'inutilité de certains professionnels. En effet, les professionnels des MECS ou dans les services administratifs mettent souvent en avant leur sentiment de disqualification de leur cœur de métier pendant la crise suicidaire, leur mission de « protection » et de « sécurité » d'une part et d'autre part, le travail d'autonomisation et d'insertion en sortie de dispositif.

5. Des psychologues de MECS à la croisée de l'éducatif et de la santé mentale

Face aux états suicidaires, les psychologues occupent une position intermédiaire à plusieurs titres. Il leur arrive de faire l'intermédiaire vers le champ médical. D'autre part, ils sont parfois intermédiaires entre le jeune et son éducateur référent. Concernant ce dernier point, ils perçoivent et soulignent (avec plus de tact et d'indulgence que les pédopsychiatres) combien le côté pénible au quotidien de certains jeunes contribue à ce que les éducateurs s'énervent en retour et adoptent des positions rigides et de principe qui alimentent la crise :

Il y avait plus de place à la réflexion. On pouvait plus travailler les situations des jeunes, dès qu'il y avait des actions de leur part, il y avait une réaction immédiate, ce qui fait que ça se tendait de plus en plus dans l'institution, donc on pouvait plus réfléchir. Je pense que pour travailler avec des publics comme ça, c'est encore plus important de réfléchir, c'est des publics déjà explosés, si nous on s'enflamme, par nos réponses, je veux dire, il y a plus de possibilités de calmer les choses. On est toujours dans l'urgence, dans des trucs qui ont pas de sens. (Corinne, psychologue en MECS, parlant de son expérience antérieure d'ES en MECS)

Ils prennent alors parfois un rôle médiateur (si le jeune et l'ES y adhèrent) qu'on retrouve moins souvent évoquée chez les pédopsychiatres, en proposant une écoute au jeune, mais aussi en pouvant proposer une disponibilité pour que les professionnels se soulagent, pas seulement de leur inquiétude, mais aussi de leur fatigue (chose que les pédopsychiatres, plus centrés sur l'état de l'enfant et les critères d'hospitalisation, n'ont pas vraiment le temps de faire). Le fait que les ES oublient les RdV ultérieurs avec le jeune, suggère que ces premiers entretiens visaient plus à les soulager, eux, qu'à engager un travail à trois ensuite :

Quand on est psychologue, bien souvent on parle que de ce qui va pas. Je trouve que je suis plus inquiète parce que les éducateurs vont vraiment me parler de ce qui va pas, voire du pire. Ils vont jamais me parler de ce qui va bien, pour qu'ils en parlent. Il faut que je leur pose la question.

Ils vont me parler d'un jeune qui est vraiment relou, qui est hyper envahissant qui est ceci cela et à un moment il faut que je leur dise « et à des moments est-ce qu'il montre autre chose ». Là ils vont pouvoir partager d'autres moments qu'ils vivent avec ce jeune qui peut être agréable. Ils parlent que du négatif parce que je pense que voilà, nous on a un peu cette fonction là aussi. Où on tend un peu à évacuer, voilà ce qui est insupportable pour eux, et, c'est un peu paradoxal parce que du coup, Ben des fois moi aussi ça peut un peu m'inquiéter, alors bon. J'ai du recul, hein, je veux dire, je m'inquiète pas non plus comme ça tout de suite, hein, mais, et des fois je peux dire « Bon bah donc si vous êtes inquiet ou vous pensez qu'il y a un truc qui va pas, est-ce qu'on peut prévoir un entretien à trois pour en parler ? » Et là ben souvent donc y en a qui vont pas trop avoir envie. Y en a qui vont dire oui. Et après ben, ils oublient les entretiens... Et ça c'est vraiment une spécificité MECS. Les éducateurs, les rendez-vous médicaux, paramédicaux, ils oublient... Mais des fois, moi je me dis, mais quand même, s'ils étaient vraiment inquiets pour un jeune, qu'est ce qui fait qu'il y ait cet oubli-là quoi ? (Corinne, Psychologue en MECS)

Ils ont une position intermédiaire entre l'éducatif et le soin enfin sur la question du présentisme (travailler sur un groupe pousse au présentisme) et de l'historicité (les dossiers renseignent parfois mal les éducateurs sur l'histoire du jeune) :

J'interviens aussi pour qu'on prenne en compte la globalité de la situation de l'enfant, pas seulement son lien avec ses parents et son lien à l'école, pas seulement son lien au groupe, pas seulement ce qu'il aime bien ou pas, mais tout ça en fait, parce que c'est tout ça qui fait qu'à un moment donné, on arrive un peu à un équilibre ou pas. Dans sa vie là. Et souvent voilà, les éducateurs vont plus être sur des trucs, précis. Ils ont du mal à avoir une vision un peu globale aussi parce qu'ils sont pris dans ce qu'ils vivent hein. (Corinne, Psychologue MECS)

Ils tendent plutôt à vouloir aller vers la globalité et l'historicité du sujet (le lancer sur des souvenirs), mais sans en avoir autant les moyens faute de travailler dans des lieux tiers comme d'autres soignants. Leur appartenance à la MECS et les réticences que cela inspire limitent leurs possibilités.

Ils deviennent franchement proches du monde pédopsychiatrique lorsqu'ils cherchent à trouver des motifs de valorisation du jeune (plutôt que de l'aborder sous l'angle du trouble et de ce qui ne va pas comme le font des éducateurs) et à mettre en avant la question du renforcement des liens positifs et valorisants entre jeune et ES :

Ce que je trouve important et intéressant dans les entretiens à trois. C'est le fait que l'enfant, il est accompagné par un éducateur qui pense à lui, qui l'amène et qui va parler de lui ou avec lui. Et ça aussi je trouve que dans les familles, on fait beaucoup ça de parler des enfants, des souvenirs qu'on a de l'année dernière, des vacances, de quand il a fait ci, de quand il a fait ça. L'enfant en MECS, je trouve que c'est très peu fait. Et dans mon entretien à trois, je trouve qu'on refait un petit peu une cellule comme ça [...] Quand l'éducatrice raconte des moments qu'ils vivent ensemble sur le groupe, le jeune adore ça. Il aime moins quand elle dit qu'il boude qu'il est pénible, mais franchement je trouve que voilà les enfants, ils ont besoin de grandir avec quelqu'un qui va poser un regard et puis qui va pouvoir poser des mots aussi sur ce qui se passe pour lui. Parce que souvent les enfants, ils savent pas encore poser des mots sur ce qu'ils vivent. (Corinne, psychologue, MECS)

Et je leur préconisais vraiment de s'occuper d'elle. De l'emmener, de porter attention à elle, de de l'emmener faire un tour, manger une crêpe, l'emmener au cinéma [...] puisqu'elle était un peu mise de côté par les équipes [requis par des jeunes engagés dans de la délinquance et des consommations de drogues]. Bah elle, jusqu'à présent, depuis qu'elle est arrivée, elle collait les adultes. Et puis elle restait là toute la journée à ne rien faire, à être sur son téléphone et à beaucoup brasser comme ça, à leur dire « oui, mais moi, j'ai plus envie de vivre », donc elle les a abreuvés de ça, donc ils étaient effrayés. Alors, elle les avait un peu par une sorte de fascination. Autour de la mort. Et quand ils me disaient « elle nous inquiète, elle nous inquiète »,

souvent, moi je leur disais, « Ben moi, franchement, elle ne m'inquiète pas ». Je la vois une fois par semaine, elle est ravie que je lui octroie un temps d'entretien euh. Et elle parle de son mal-être, elle met des mots, elle relie les choses. Donc que je trouvais que c'était, je trouve que c'est plutôt de bon augure. (Eliane, Psychologue, MECS)

Le travail et la relation par le corps sont aussi plus présents et rejoignent certaines pratiques pédopsychiatriques orientées sur la prise en charge du psycho trauma, qui prennent acte des obstacles traumatiques à l'élaboration verbale et valorisent le « toucher sain » :

Je la contenais physiquement en fait hein. Petit à petit, un petit peu, à la manière d'une maman, hein ? À la rassurer, à parler doucement, à la caresser un petit peu le long du dos, pour lui dire de se calmer, voilà. Ça, ça a duré plusieurs mois hein. Jusqu'à ce que, petit à petit, elle puisse commencer à parler. Donc en fait, il y a vraiment une prise en charge qui s'est d'abord passée par le corps. Je crois que c'est son corps qui, qui explosait quoi avant même de pouvoir poser des mots sur ce qui se passait pour elle je crois qui était indicible en fait. La question du viol. C'était vraiment quelque chose indicible, pour elle. (Sybille, Psychologue, MECS)

Elle a adhéré vraiment aux soins. Donc j'ai fait un nombre de massages incalculables avec elle. [...] Bon, beaucoup de séances de relaxation. Et ce qui a été de bon augure, c'est qu'elle a souhaité se faire tatouer. Et on a accepté, on n'a pas financé le tatouage, mais financé son séjour, et du fait qu'elle a symbolisé sur son corps quelque chose, elle a stoppé toute scarification, toute chose comme ça. C'est quand même incroyable. C'est vraiment un cas d'école clinique. (Eliane, psychologue, MECS).

Cette clinique « en dehors », comme la nomme ce psychologue, ou encore une clinique à partir du corps, tend à s'inscrire dans un registre de pratiques qui se rapprochent du travail social par ce « faire avec », cet « aller vers », celui-ci est, chez les éducateurs, plus inscrits dans le quotidien, à l'occasion des soins (scarification) ou des « câlins » au moment du coucher.

Conclusion

La logique de la crise prend sens dans un contexte professionnel spécifique : perception en termes de continuum de troubles du comportement et de transgressions mettant à mal les normes socio-éducatives et le groupe, relativisme professionnel faisant des idées suicidaires une manifestation et une difficulté parmi d'autres, grand fatalisme des professionnels face au large éventail de difficultés des jeunes. Variabilité des ambiances groupales dans le quotidien. La « crise » advient quand un seuil de désordre est dépassé, quand le travail n'est plus possible et quand le groupe est en difficulté. Cette situation ne se réduit pas à la crise suicidaire et aux TS. Cette crise n'est pas exclusivement médicale, elle désigne toutes les situations de choc et de peur qui désorganisent le travail et le groupe, autrement dit tant la gestion d'une TS que la crainte d'une nouvelle, ou un refus de s'alimenter, ou une crise clastique. La crise semble les conduire au besoin impérieux et rapide de la pédopsychiatrie.

En somme, les perceptions socio-éducatives apparaissent versatiles et sensibles aux circonstances et aux événements du quotidien (les signes et non les causes), dirigées par un effet de seuil, par la capacité des ES et ME à gérer un jeune et un groupe en même temps, c'est-à-dire ne pas apparaître dépassé par un jeune devant le reste du groupe, de façon à rester professionnellement crédible aux yeux de tous.

Comparativement les psychologues de MECS, les psychothérapeutes en libéral, les psychologues de MDA et les pédopsychiatres font surtout de l'individuel et font face différemment à un problème de justesse et d'efficacité dans la distribution d'attention, sous contrainte de temps, à ceux qui en ont le plus besoin (en donner plus pour les uns c'est en

accorder moins aux autres). Ces autres professionnels gèrent ce dilemme discrètement, sans que les jeunes reçus ne perçoivent empiriquement que le temps qu'on leur accorde est fonction de leur situation relativement à d'autres situations de jeune. À l'inverse, sur un groupe de MECS et dans le quotidien cette distribution est largement plus improvisée au gré des circonstances et visible de l'ensemble des jeunes. En somme, il est par construction malaisant d'en passer par des professionnels devant à la fois faire du collectif (interagir avec plusieurs jeunes en même temps) et résiduellement de l'individuel (idéalement sans la présence d'autrui), cela sans trop de visibilité temporelle. Avec en prime cette tension entre soigner par la relation et punir, parce que souvent les jeunes qui vont mal sont aussi ceux qui transgressent l'ordre interne à la MECS, mettent à mal et mettent à nu les moyens de l'autorité au sein de la structure.

Il y a là les germes d'une incompréhension des professionnels socio-éducatif et de ceux du soin, le second pôle estimant que les premiers psychiatrisent des problématiques socio-éducatives et des comportements « défis » non pathologiques en soi (à la rigueur il pourrait être la simple réaction symptomatique à des traumas initiaux durant l'enfance dans la famille, mais en eux-mêmes ils ne sont ni la preuve d'une pathologie psychiatrique ni un indicateur d'un risque suicidaire) et tendent à instrumentaliser l'hospitalisation en pédopsychiatrie dans le but de poser des limites et/ou de pouvoir souffler. Les premiers considérant que la pédopsychiatrie ne prend pas la mesure des troubles psychiques des jeunes et du danger qu'ils représentent pour eux-mêmes et/ou pour autrui.

Troisième partie : Les professionnels soignants des structures de la santé mentale et leurs interventions auprès des jeunes de la protection de l'enfance

Les pédopsychiatres eux aussi voient la TS comme une forme ou un symptôme parmi d'autres d'expression d'une souffrance. Mais ils opèrent deux premières différenciations. D'une part, la décision d'hospitalisation implique une binarisation allant à l'encontre d'une vision continuiste. Le critère n'est pas celui de la souffrance exprimée sous toutes ses formes, mais celui du risque, de l'urgence et du danger par rapport à la mort pouvant justifier de se passer du consentement et de l'adhésion au soin du patient. D'autre part, ils considèrent qu'une partie des passages à l'acte, notamment ceux de nature hétéro-agressive, relève de « conduites défi » sans lien avec une souffrance psychiatriable et renvoient plutôt à une problématique éducative. Enfin, ils considèrent que dans certains cas une souffrance et une anxiété sont provoquées par l'environnement institutionnel de la protection de l'enfance et que celui-ci fait obstacle à leur travail (absence de stabilisation d'une prise en charge rendant impossible, voire contreproductif l'engagement d'un suivi faute de présence durable sur un secteur de psychiatrie, instabilité des figures d'attachement substitutives).

L'hôpital comme lieu temporaire de soin de phase aiguë du trouble mental invite donc à une vision dualiste du risque pour soi ou autrui, vision dualiste conforme au droit concernant les critères de soin en hospitalisation consentie et en hospitalisation non consentie, et à une dichotomie plus marquée entre problématique du médical et problématique de l'éducatif. Alors que la MECS, comme lieu de vie au long court dans lequel les enfants sont déjà placés (sur le plan légal au moins la question du (non) consentement est déjà réglée), invite à une vision continuiste du mal être et des passages à l'acte. Se rajoute à cela la saturation et la fixité du secteur psychiatrique, qui créent des seuils de gravité, d'attente de place et de stabilité géographique préalable des jeunes.

1. L'évaluation du risque

Globalement l'intensité et la durabilité d'une tristesse douloureuse et sans espoir, confirmées par et conjuguées à une coupure d'avec les autres constituent la perception sensible caractéristique :

On distingue la mélancolie de l'idée d'une volonté de mourir délirante, une conviction, la mélancolie c'est une conviction qu'on est déjà mort. C'est-à-dire, on recherche un soulagement pour que ça s'arrête... donc là, on voit des passages à l'acte, c'est là, les pendaisons, et puis il y a les tentatives de suicide dans un contexte relationnel et dépressif qui nous paraissent moins dangereuses même s'il peut y avoir une certaine dangerosité en fait, mais il y a moins d'intentionnalité. (Henri, pédopsychiatre, CMPP et hôpital)

Outre ce tableau général, le risque plus immédiat est évalué suivant les critères médicaux d'hospitalisation (RUD) : facteurs de risque, urgence face à l'intensité de la crise, danger de mode opératoire scénarisé :

Nous, on hiérarchise. Il y a des idées suicidaires qui nous inquiètent beaucoup, qu'on va garder à l'hôpital. Et puis il y a des idées suicidaires qui nous inquiètent moins parce qu'elles sont moins actives, c'est-à-dire des idées noires, mais sans planification, par exemple de passage à l'acte. Qu'on va plutôt relayer sur l'extra hospitalier ou revoir très rapidement en consultation, mais

qu'on va pas nécessairement hospitaliser. (Angèle, Pédopsychiatre hospitalière, équipe mobile d'appui aux établissements de la protection de l'enfance)

On essaie d'évaluer la gravité des idées ou des gestes suicidaires. On distingue d'ailleurs les idées suicidaires des gestes suicidaires. C'est pas du tout pareil, et pas au sens plus ou moins grave, mais en tout cas, on distingue les deux. Puis on évalue avec ce qu'on appelle le RUD, le risque, urgence, danger. Donc le risque, c'est. « Est-ce que tu as déjà scénarisé ton passage à l'acte », ou est-ce que juste ils y pensent comme ça un jour peut-être. Après est ce que Ben je sais pas, il y a un fusil à la maison, ça va être le danger. Ou est-ce que si on habite au 10ème étage Bah c'est pire que si on habite au rez-de-chaussée. Donc on essaie d'évaluer comme ça. Et puis, ce qu'on recherche aussi, c'est un syndrome sous-jacent, donc par exemple un enfant qui par ailleurs est très déprimé va quand même beaucoup nous inquiéter. Par rapport à un enfant qui va être plutôt dans ce qu'on appelle une interaction un petit peu état limite, c'est-à-dire qu'il va chercher à inquiéter l'autre pour remobiliser du lien et ça, nous, on le voit beaucoup. Enfin, on essaie de discriminer, la fonction que peut avoir un geste suicidaire. Il y a des ados pour lesquels, comme par exemple les scarifications, qui ont pour visée un petit peu d'extérioriser aussi. Qui sont à visée cathartique, de décharger sur une douleur corporelle une douleur mentale par exemple, et puis d'inquiéter son adulte pour qu'il porte une préoccupation. Ben on l'évalue pas nécessairement de la même manière qu'un enfant par exemple... très déprimé, qui va avoir à un moment donné une levée d'inhibition et qui va passer à l'acte, ça nous inquiète énormément... Et après bah oui, le retour des éducateurs, c'est-à-dire la description comportementale dans les derniers jours par exemple, ça nous, nous, par exemple un enfant qui aurait laissé des lettres d'adieu et enfin, voilà, ça c'est des choses qu'on va prendre en compte dans notre évaluation. (Adeline, Pédopsychiatre hospitalière)

L'inquiétude, plus construite sur les critères d'hospitalisation stricts tient compte aussi des bénéfices attendus. Il existe des situations, aussi spectaculaires soient-elles, pour lesquelles l'hospitalisation ne présente pas de bénéfice, voire est contre-indiquée :

Ça ne se superpose pas directement aux inquiétudes des éducateurs, des fois on a pas la même évaluation, c'est à dire que les éducateurs... Alors bon quand même, quand les gens sont très inquiets, on se fie beaucoup parce qu'ils connaissent bien les enfants, mais des fois on ne garde pas systématiquement et c'est bien ça qui fait objet d'incompréhension. Et on essaye de... Ben là j'ai vu ce matin, une ado qui avait fait une tentative de passage à l'acte la semaine dernière. Dans un contexte justement de débordement émotionnel majeur parce qu'elle réagissait sur un truc d'injustice. Et elle avait essayé de se scarifier et c'était sa famille d'accueil qui l'avait contenue. Mais c'était très vite redescendu. Donc, une fois que c'est redescendu, bon, ça n'a aucun sens de garder les ados à l'hôpital parce que c'est quelque chose de très impulsif. Cette dimension d'impulsivité, elle va pas nécessiter qu'on reste hospitalisé 3 semaines, c'est un passage à l'acte très impulsif dans un contexte donné, donc l'hospit n'y changera pas grand-chose... (Adeline, Pédopsychiatre hospitalière)

En ambulatoire la démarche semble assez proche : facteurs de risque (antécédents suicidaires), intensité des idées suicidaires (urgence), et danger (scénario, moyens) :

On évalue quand même aussi le risque suicidaire, présence d'idées suicidaires, depuis combien de temps, avec quelle intensité, est-ce qu'il y a des ruminations, est-ce qu'il y a eu des passages à l'acte ou par le passé ? Là, « quelle probabilité tu dirais d'avoir un nouveau passage à l'acte ? Est-ce que t'as déjà un scénario ? » Est-ce qu'il est probable ? « Est-ce qu'il y a des choses qui te rattachent ? » Ça peut être plein, plein, plein de questions comme ça où je pense qu'en fait, on utilise pas l'évaluation du risque suicidaire. La grille exacte précise de l'hôpital en tant que tel, mais y a quand même pas mal de questions qui doivent se retrouver dans nos entretiens qui nous permettent d'avoir une idée à peu près précise. (Marlène, psychologue, PAEJ)

En résumé l'idéation ou la TS à dimension relationnelle (pour inquiéter, pour protester, pour communiquer comme on peut) est d'une part moins inquiétante que l'idéation ou la TS avec

repli sur soi du mélancolique (plus d'intérêt pour la relation, détachement vis-à-vis de soi et des autres et détachement de l'idée suicidaire de circonstances précises).

Lorsque le jeune n'est pas encore placé se surajoute la question du rôle des parents dans le danger. Soit des parents sont la cause directe de l'état suicidaire (révélation d'agression sexuelle, de violence physique sur le jeune, de violence dans le couple dont le jeune est témoin, jeune délaissé et/ou instrumentalisé dans un conflit de couple, violence psychologique reposant sur du dénigrement et du délaissement). Soit des parents ne protègent pas l'enfant d'un danger extérieur. L'hospitalisation peut être une option de précaution visant à éviter un retour au domicile le temps de confirmer le bien-fondé d'un signalement en vue d'une OPP.

Ce sont des axes généraux abordés différemment suivant les contextes. L'ambulatoire hors crise permet et implique une démarche « d'apprivoisement » du jeune afin de l'amener sur ces thématiques qui ne peuvent pas être abordées frontalement s'il n'y a pas d'évènement pour le faire. La fiction du jeune venant sur la base d'une libre demande (le plus souvent il est en réalité plus ou moins incité par sa famille ou ses éducateurs) rend prioritaire la mise en place d'une relation en vue d'une adhésion. Inversement, la crise conduisant aux urgences pose d'emblée l'existence du fait inquiétant et justifie le questionnement afin d'établir le sens de l'acte. Même sans contrainte au soin, le fait générateur, la chaîne d'intervention (éducateur amenant le jeune avec l'aval d'un cadre, intervention des pompiers) et le contexte hospitalier produisent un effet d'imposition, autorisent les questions directes. Aux urgences cependant, le temps d'évaluation et de décision est bien plus contraint.

Il ne faut cependant pas croire que l'appui sur un outillage évaluatif est systématique. Pour un jeune avec lequel une relation thérapeutique est déjà engagée, il serait étrange de suivre une évaluation de type RUD, ou de reposer les questions du *Bullying insomnia tobacco stress*, puis de l'*Ask suicide-screening questions* à chaque rendez-vous, tant les démarches d'évaluation initiale et de relation dans la durée sont dissemblables. Moyennant quoi, des professionnels hospitalisent « à l'instinct », sur la base d'un changement d'humeur ou de comportement qui les alertent. Il y a « quelque chose », perçu sans référence à des indicateurs normés d'évaluation de la gravité de la crise suicidaire. Ici le soignant s'appuie sur le même critère de changement que celui que les professionnels de l'ASE perçoivent d'expérience :

Ce qui m'a alertée, c'était quand même quelqu'un qui était assez démonstratif donc il prenait beaucoup de place. [...] Et ce jour-là, il y avait, dans l'humeur, il y avait une neutralité, c'était vraiment. On le sentait. Il avait plus d'affects. Alors que d'habitude, il était très théâtral et donc c'est ça qui m'a inquiétée je pense, j'y ai repensé après en me disant, mais pourquoi ce jour-là, je l'ai hospitalisé ? Et bah je pense que c'est ce changement d'humeur, souvent il était dans le trop et là il n'y avait plus rien, comme s'il s'était détaché de tout et qu'il lâchait prise. Et je pense que c'est ça qui m'a alertée. Parce que j'ai beaucoup réfléchi, je me suis dit, mais finalement j'aurais pu passer à côté. (Mila, IDE, MDA)

Bonne intuition, car ce jeune cache une prise importante de paracétamol (dont l'action toxique sur le foie n'est pas encore perceptible). Hospitalisé pour idéation suicidaire, l'atteinte hépatique est repérée en fin de journée dans le service de pédiatrie.

2. Pratiques thérapeutiques face à des obstacles à la verbalisation

2.1 Une inquiétude revalorisante qui soigne ?

Coté soignant, l'évaluation du risque suicidaire est jugée thérapeutique en elle-même. Cette dimension préventive de l'entretien clinique d'évaluation est souvent soulignée dans des écrits sur la crise suicidaire (Vandevoorde, 2013). D'une part, le dialogue constitue une élaboration

symbolique ayant un rôle dérivatif vis-à-vis du risque de passage à l'acte ; d'autre part, l'entretien recherche une valorisation du patient, les effets de transfert et de contre-transfert sont pris en compte dans l'idée que le lien créé puisse avoir un effet protecteur. Comparativement cette dimension thérapeutique n'apparaît pas du côté des professions éducatives. Plus généralement, l'accompagnement pédopsychiatrique semble chercher à donner une épaisseur historique et relationnelle valorisante au sujet :

On l'utilise comme un objet thérapeutique en fait que l'adulte référent puisse raconter, dans l'entretien médiatisé à l'enfant son histoire, pour lui donner du sens, des fois en fait, en tant que tel, c'est thérapeutique à la fois pour l'adulte et pour l'enfant. (Adeline, pédopsychiatre hospitalière)

Cet angle, déjà présent chez les psychologues de MECS, semble encore plus marqué chez les pédopsychiatres formés au psycho trauma :

C'est d'aller chercher, avec la personne, les relations où elle s'est sentie vivante parce que notre identité est une identité relationnelle. On a plusieurs facettes de nous et qui sont en relation avec des personnes. En fait, on va chercher les relations qui ont été vivantes pour la personne. Et on va aller chercher la question des valeurs dans ces relations parce que ce sont des valeurs incarnées, et ce sont des appuis pour la personne, pour ensuite se projeter dans le futur. (Angèle, Pédopsychiatre hospitalière, équipe mobile d'appui aux établissements de la protection de l'enfance)

Alors que nous avons vu précédemment que chez les ES, l'inquiétude semblait moins pouvoir être nommée et se trouvait cantonnée à des modes peu verbaux de communication, ici nommer son inquiétude sert à donner une authenticité à la tentative d'échange :

Je commence toujours par là en me disant que, ce qu'il me dit, ça me touche d'une certaine manière, parce qu'il doit voir ma tronche qui se décompose au fur et à mesure de l'entretien et pour être authentique, moi je dis « bah écoute, ça me touche ce que tu dis », alors ça peut avoir aucune action particulière, mais ça peut aussi amener le jeune à prendre conscience, qu'il y a quelqu'un qui s'inquiète pour lui et que ce qu'il dit c'est pas anodin, que c'est grave. Et le jeune, alors ça c'est quelque chose qui m'agace, particulièrement. C'est quand le jeune dit « de toute façon, si je meurs enfin, tout le monde s'en fout, tout le monde va m'oublier. C'est pas grave quoi ». Et le fait que moi je dise « bah écoute-moi, tu sais que ça me touche ce que tu dis », ça vient un petit peu toucher cette partie-là en disant « Ah peut-être ça aura des conséquences quand même ». Moi je l'exprime toujours comme ça. (Hugo, psychologue, PAEJ)

On notera que c'est sans doute moins difficile à tenir dans le cadre d'un suivi d'une ou deux heures par semaine sous la forme d'une relation duelle, que dans le cadre d'un travail groupal dans un lieu de vie.

2.2 Réduire la distance pour dépasser le mutisme des jeunes

Le mutisme du jeune ou le morcellement de sa pensée rétrospective sur la situation constitue tout autant une épreuve pour les professionnels de la parole, psychologues ou psychiatres. Concernant les fondements du travail thérapeutique - le colloque singulier et la verbalisation - ils s'avèrent souvent mis à mal et stériles avec cette population juvénile dans les premiers temps de la rencontre. Le dispositif de cure classique est rendu inopérant.

Les pédopsychiatres insistent sur les besoins et les avantages du « toucher sain ». Les massages ont un effet relaxant pour commencer, éventuellement ils atténuent des somatisations musculaires. Ceux-ci ainsi que d'autres formes de toucher (mettre en place une forme de salutation avec contact des mains) visent à faire exister le consentement, le contact corporel non

violent, convenu et souhaité, dépourvu de connotation sexuelle. Le toucher vise à instaurer des perceptions psychiques jusqu'ici peu présentes : recevoir du soin, exister pour autrui, se percevoir corporellement par autrui sans douleur, sans agression. Cette légère valorisation de soi par autrui contribue au transfert et à la parole. Comme nous l'avons vu, certaines psychologues de MECS et quelques éducatrices ont elles aussi ces pratiques.

Des psychologues, issus de plusieurs types de lieux soignants (MDA, PAEJ), revendiquent en outre faire un travail « d'aller vers » relationnel (et parfois spatial) s'apparentant à des registres d'action proches finalement de ceux du travail social. Ainsi des techniques et des stratégies peu conventionnelles sont évoquées par deux psychologues d'un PAEJ en fonction de « l'univers » singulier de chaque enfant :

On va souvent s'adapter. Ce sont les jeunes qui nous poussent aussi à nous bouger dans nos pratiques. Si on reste classique, on perd l'ado. Je peux me retrouver, là, comme cette semaine à parler de Dragon Ball avec un jeune ou de *strangers things* avec une fille qui a le même t-shirt que toi.

C'est flexible, il faut être flexible, surtout sur les outils, sur des jeunes qui peuvent avoir, j'en sais rien, des TDH et au bout de 10 minutes, ils me disent « hein quoi ». Là je suis bon, on va passer par un autre moyen et il y a un éducateur qui a un atelier boxe éducatif. Parfois on peut passer par la médiation, par le corps et par l'activité qui est beaucoup plus prolifique d'un point de vue de l'élaboration que l'entretien psy. (Hugo, Marlène, psychologues PAEJ).

D'autres possibilités sont expérimentées. Par exemple, quelques professionnels prônent le croisement des différents espaces à des moments charnières du suivi par la mise en place d'entretiens psychothérapeutiques avec l'éducateur référent ou encore le tuteur. Un directeur de secteur qui par ailleurs exerce la tutelle d'un jeune par délégation du président du conseil départemental s'engage dans la sphère thérapeutique avec une pédopsychiatre qui appuie cette démarche suite à une TS du jeune garçon. Cette fonction juridique de « tuteur », a été l'occasion de signifier et de symboliser une attention spécifique en venant faire « figure paternelle » lors de rendez-vous avec la pédopsychiatre pour marquer la cohérence du partenariat entre soin et éducatif, l'investissement dans la fonction symbolique de « père » et l'intérêt porté à ce jeune.

Créer les espaces de la parole est en soi une difficulté et se pose de manière inversée pour les deux secteurs. Marquer un en-dehors du quotidien pour les travailleurs sociaux ou à l'inverse recréer une quotidienneté par les soignants sont autant de stratégie pour contourner l'épreuve de ce silence. Les professionnels peuvent prendre le parti de cloisonner les espaces éducatif et thérapeutique ou au contraire les faire se rencontrer comme point d'appui réciproque.

3. Comparaison de contextes divergents d'intervention en protection de l'enfance et en santé mentale

La démarche en santé mentale s'oppose sur de nombreux points aux pratiques socio-éducatives rapportées :

Elle est théorisée alors qu'en MECS il s'agit de pratiques improvisées

La visée thérapeutique est présente avec la visée évaluative, alors qu'en MECS l'inquiétude teintée d'un grand fatalisme (par rapport aux jeunes, par rapport à l'accès au soin psychiatrique et par rapport au devenir des jeunes en général) semble ne laisser pour horizon que l'empêchement des passages à l'acte.

En parler frontalement (quand, où, comment, pourquoi) est recommandé, et la plupart des soignants le font, (sauf une qui est formée au psycho-trauma et qui craint d'ancrer des

visualisations de l'acte). À l'inverse, la plupart des éducateurs en MECS craignent d'en parler et de favoriser des passages à l'acte. Il ne s'agit pas seulement d'un problème de méconnaissance des recommandations, mais surtout d'une crainte d'une absence de suite possible (accès à une évaluation clinique du risque, prise en charge adaptée) aussi lié à la difficulté d'envisager la poursuite d'un quotidien ordinaire du professionnel et du jeune au sein du groupe, après avoir fait verbaliser un état suicidaire.

L'historicité valorisante est recherchée alors qu'en MECS les contextes de travail poussent au présentisme du quotidien. Outre la biographie du jeune mal connue, le turn-over professionnel, l'instabilité de parcours des jeunes (et les pertes d'information qui s'en suivent), la relation triadique (éducateurs, enfant, parent) s'organise sur différentes versions de l'histoire familiale et laisse dans l'expectative. Cet indécidable pousse à laisser de côté l'histoire du jeune, notamment par crainte de répercussions peu prévisibles sur les relations présentes et futures entre les protagonistes. Il y a déjà fort à faire avec le présent (les fugues, les problèmes à l'école, les menus, les sorties, les transmissions, les écrits professionnels, etc.) et le futur (l'orientation, le projet de formation, etc.). Les objectifs de maintien de liens avec les parents ont sans doute eu pour effet non voulu de créer un présent indéfini et précaire en fonction d'un devenir des relations familiales voulu comme ouvert, ce qui en retour conduit à ne pas vouloir ou pouvoir établir et figer une histoire familiale.

La relation thérapeutique recherche les liens aux autres alors que la relation socio-éducative telle que décrite renvoie fortement le jeune à lui-même (ses choix, le fait que son devenir dépendra de lui seul) et tend à le laisser encore plus seul lorsque les professionnels de MECS ont pointé combien l'entourage amical ou amoureux se révèle nuisible, sans rien valoriser comme autre figure d'attachement. Plus généralement, l'accueil en protection de l'enfance ne favorise pas les créations et les maintiens de liens amicaux ou amoureux (limitation ou impossibilité d'inviter un tiers sur la MECS en journée, invitation d'un tiers à dormir sur place interdite, multiples obstacles si un ou une jeune de la MECS souhaite dormir chez un copain ou une copine, contraintes diverses sur les possibilités de maintenir ensemble les fratries, changement de lieu de vie et de lieu de scolarité, etc.).

Les contextes de travail et le sens donné au travail en fonction des missions et des contraintes dans ces contextes diffèrent fortement. Alors que les jeunes sont dans un quotidien et un lieu de vie, avec ses hauts et ses bas et ont un statut plus souple d'enfants placés (avec des variations de lieu de placement, des weekends au domicile ou chez un tiers) et ont déjà basculé vers le statut d'enfant placé, l'entrée dans l'hospitalier sur un événement est indissociable de décisions et de jugements binaires : à hospitaliser ou pas, à titre somatique et/ou psychiatrique, danger de mort ou pas, adhésion ou pas, contraindre ou pas. Cette réduction médicale et urgentiste rend difficile la compréhension avec des professionnels de la protection de l'enfance qui arrivent avec un problème vécu en termes de continuum :

Je suis passé aux urgences avec un jeune en train de décompenser, qui pour le coup n'avait pas du tout de parole, nous laissant penser à un passage à l'acte, mais qui était déconnecté de la réalité, avec un truc de persécution et de l'agressivité, de la violence. Je me suis retrouvé à l'accompagner, à attendre 4 heures pour voir un pédiatre qui lui a posé 3 questions « est-ce que tu d'automutilles », le gamin, il a 12 ans, il a dit « Je sais pas ce que ça veut dire ». Elle lui a pas expliqué. « Euh est-ce que t'as déjà pensé à te suicider machin ? » le gamin, il l'a regardé avec des yeux, il a dit « ben. Non ». Et moi à côté, qui fait, « mais en fait, on vient pas pour ça », et je mets plein d'éléments d'inquiétude qu'on a sur le tapis et elle m'a dit « oui, mais là, en fait là on hospitalise que s'ils ont envie de se suicider. » J'ai ramené le gamin, on a attendu que ça se calme un peu, je suis rentré. J'étais dans la voiture, j'ai appelé mon ... il était genre 19 heures ou 20 heures je crois. J'ai appelé l'astreinte, « Ok, en, fait, plus jamais je vais aux urgences » et

je raconte tout par le détail à mon directeur, puis il me dit, « mais tu lui as donné cet élément, cet élément », « mais j'ai TOUT donné en fait, limite, je lui ai donné mon rapport » et je peux pas faire plus. A part lui donner une corde ou je sais pas quoi, je pouvais rien faire d'autre. (Benjamin, ES, service de placement familial)

Cette phase un peu délirante et paranoïaque fait pourtant bien l'objet d'une réponse médicale, mais plus tard, sous la forme d'une hospitalisation programmée via le CMPP qui suivait ce jeune, ce qui a contrario confirme que le continuum mal-être perçu des professionnels ne correspond pas aux critères restreints et binarisant urgentiste, mais peut être pris en charge de façon plus adaptée (pour l'hôpital et pour le jeune) dans le cadre d'une hospitalisation programmée, auquel le jeune a pu être préparé pour emporter son adhésion. La crise ingérable conduit des professionnels à bout à ne plus très bien pouvoir distinguer des types d'interventions qui restent distinctes aux yeux des soignants :

L'urgence, la crise, bah c'est le SAMU et c'est les urgences. Voilà ce n'est pas à ce moment-là qu'on fait du travail psychologique. (Louis, Psychologue, MDA)

Je ne vais pas faire de la psychiatrie de comptoir, mais il y a quand même cette idée du *hic et nunc* chère aux psychanalystes et qui est quand même une réalité de l'adolescent en souffrance psychique, donc voilà. Donc nous, il nous appartient de réagir vite, mais souvent notre expérience c'est qu'il ne faut pas réagir trop vite et quelquefois surréagir n'est pas forcément bon, c'est-à-dire qu'un état de crise dans une MECS par exemple n'est pas forcément équivalent d'une hospitalisation. (Dr G, pédopsychiatre-chef, MDA)

Les soignants ont en outre deux arguments en défaveur des hospitalisations :

Souvent, les jeunes placés se sont déjà vu imposer des ruptures de relation et de cadre de vie, donc il vaut mieux ne pas réactiver un souvenir douloureux de rupture par une hospitalisation contrainte : lorsqu'on a affaire à des comportements inquiétants liés à des carences affectives et à des troubles de l'attachement, l'hôpital n'est pas le bon endroit, parce que l'hôpital est un lieu temporaire de prise en charge, aussi ce n'est pas le lieu où peuvent se travailler des attachements sains, qui supposent une durabilité et des supports d'activité et de quotidienneté ordinaires. (Adeline, pédopsychiatre hospitalière)

Cela ouvre sur le dernier argument des soignants, l'hôpital n'est pas un lieu de vie ;

Les hospitalisations sont quasiment des contre-indications. C'est-à-dire que ça vient réactiver une espèce d'avidité affective absolument impossible à...Irrésistible pour ces ados et aussi extrêmement dangereuse parce que ça crée des relations qui sont soumises à rupture, qui viennent réactiver tout un tas de problématiques abandonniques. (Henri, Pédopsychiatre hospitalier)

4. C'est du psychiatrique, de l'éducatif ou du psychotrauma (« mad, bad or sad »?) ?

Les incompréhensions parfois teintées de reproches que s'adressent les professionnels éducatifs des MECS et les professionnels hospitaliers de la pédopsychiatrie rappellent souvent un propos de G. Bronsard et N. Bruneau (2016, p. 79) : « les Anglo-Saxons présentent la problématique de ces cas difficiles et institutionnellement inextricables, ces « faiseurs de crises », par la question volontairement provocatrice et grossière : « Are they mad or bad ? » On pourrait interroger un troisième qualificatif et ajouter dans la question : « or sad », en s'inspirant de Lisa Appignanesi (2009). Et le traduire par : sont-ils malades, délinquants ou malheureux ? Et par conséquent, faut-il les soigner, les éduquer, les punir ou les consoler ? » Là où des éducateurs psychiatrisent des comportements (mad) et estiment qu'en retour des pédopsychiatres qui

refusent le soin ne font que pointer des carences éducatives (bad), d'autres pédopsychiatres, notamment ceux formés au psycho trauma et impliqués dans des équipes mobiles spécialisées dans l'intervention auprès des MECS pointent le déficit d'affection et de relation (sad), de façon assez proche de ce que pensent des psychologues en MECS et quelques éducatrices qui valorisent très fortement « la relation ». L'alternative vécue bad ou mad est ou bien exclusive (le jeune est soit l'un soit l'autre), soit implique un ordre d'intervention (l'un après l'autre, mais alors, qui de l'éducatif ou de la santé mentale constitue une première étape nécessaire à la suivante ?), alors que les professionnels formés au psycho trauma veulent dépasser cette opposition.

4.1 Faire le tri entre la détresse du jeune, la souffrance du professionnel et les limites de fonctionnement des MECS et des éducateurs

Il nous semble que la logique groupale de maintien d'un ordre en cas de crise pousse à vouloir hospitaliser à la fois pour protéger le groupe, se protéger en tant que professionnel et protéger un jeune qui va mal. Mais une crise auto-agressive ou hétéro-agressive susceptible de retomber assez vite est-elle une urgence vitale ? À la question de savoir si les jeunes arrivant aux urgences sont fous, mauvais ou tristes, une partie des enquêtés répond « triste » de part des traumas, mais aussi de par la distance relationnelle à l'adulte dans le cadre des MECS et en raison des escalades de conflits autour des permissions refusées, des sanctions infligées et des interdictions appliquées au sein des MECS :

Q : Ces crises clastiques, les éducateurs, ils l'entendent que ça relève pas forcément, ou même pas souvent de la pédopsychiatrie. Ils viennent ici parce qu'ils en peuvent plus, parce qu'ils savent plus quoi faire ? Qu'est-ce qu'ils disent en arrivant ?

C'est ce que vous dites. Enfin, c'est « on en peut plus ». « Il y a 2 éducateurs en arrêt de travail parce que l'enfant a frappé ». Et puis bah du coup ça se contagiose dans tout le groupe. [...] Et donc ça agit un mouvement de rejet par rapport à l'enfant qui généralement a déjà des carences attachementales où il s'est déjà fait rejeter, par exemple par sa famille, et donc il intériorise que c'est lui le mauvais objet qui rejoue le fait d'être... Du coup ben nous on essaie plus d'accompagner les adultes à ne pas rejouer ces mouvements, quand un enfant fait un passage à l'acte, bah la réaction ce soit pas, « on n'en veut plus » parce que ça rejoue sa problématique à lui et c'est bien d'ailleurs pour ça qu'il la met en scène d'ailleurs. Du coup, on essaie d'accompagner les adultes... mais bon en vrai on est pas bon hein. Parce qu'en fait les éducateurs, ils ont surtout besoin de gens qui les soutiennent dans le quotidien. Et puis en amont de la crise et ça on n'est pas très bon, donc. Ben non ils entendent pas trop [...]. Souvent, ce qu'ils viennent demander, c'est un sas, c'est un lieu tiers justement pour, marquer le coup quand même, de dire « Bah tiens, là, ça a passé un seuil, on a besoin d'un tiers », pour être de nouveau à même de continuer à accompagner. On essaie de le prendre comme ça, que c'est en fait le sens du recours aux urgences de dire « bon bah là quand même ce qui s'est passé est grave ». On t'amène aux urgences pour marquer le coup, pour pouvoir retourner ensuite au foyer. C'est comme ça qu'on essaie de le voir, et c'est le sens de ce qu'on répond plutôt que de dire que « bah non, il fallait pas l'amener aux urgences », sinon ça aide pas du tout. (Adeline, Pédopsychiatre hospitalière)

La thèse pédopsychiatrique nous semble plausible en raison des choix de vocabulaire des professionnels de MECS, ils sont nombreux à employer des termes évocateurs de calme, de repos, de répit, d'apaisement plutôt que ceux du soin et de la guérison, comme si les termes portaient plus sur leur fatigue professionnelle à eux que sur la santé mentale du jeune. La pédopsychiatrie s'oppose à cette approche qui rappelle l'époque asilaire de mise à l'écart de ceux qui dérangent et dont l'aspect punitif et contraint fait obstacle à toute adhésion et alliance thérapeutique :

On essaie de pas le faire. Et puis bon, on est bien aidé par le fait qu'on a pas de place donc depuis qu'on priorise quoi en ce moment, beaucoup... Donc non, on essaie de pas le faire et on essaie aussi de pas... Sur l'hospit qu'elle ne soit pas punitive, surtout pas en fait, sinon ça perd tout sens parce que l'hôpital c'est vu comme un lieu d'enfermement. Enfin, ça n'a aucun sens. Comme on veut surtout pas faire jouer ça. Donc on résiste beaucoup. [...] Pour qu'ensuite, pour les enfants, ça reste un lieu de recours en fait, possible, qu'ils puissent se tourner vers l'hôpital si ça va pas bien. (Adeline, Pédopsychiatre hospitalière)

4.2 Équipes mobiles de pédopsychiatrie : Théorisation d'un soutien aux équipes éducatives, parfois en lien avec une théorie médicale du psycho trauma

À première vue, les équipes mobiles servent à éviter ce recours excessif aux urgences et aux hospitalisations pour des situations limites ne répondant pas aux critères médicaux. Sur un des terrains d'enquête, l'approche renvoie à une théorie des psycho trauma et aux axes de gestion de ces situations et de leurs manifestations dans les lieux de vie et dans le quotidien (donc pas à l'hôpital) et dans le cadre d'une relation valorisante à des adultes sains et de confiance :

En amont du recours aux urgences, il y a tout intérêt à ce qu'il y ait déjà des psys qui interviennent auprès des MECS pour décrypter les comportements, et cetera, puis soutenir les éducateurs qui puissent soutenir les enfants, ça limite le recours aux urgences Psy. Mais en fait, nous, on a des enfants de l'ASE qui viennent pour des crises suicidaires, mais aussi parfois pour des crises clastiques, et c'est plutôt ces crises où du coup les éducateurs, hop, amènent l'enfant aux urgences et ces situations-là qui sont plus limites en fait pour nous, où, autant les crises suicidaires c'est, c'est pas compliqué de toute façon on garde. Autant les crises clastiques, on voit beaucoup plus, d'autant plus quand ça se répète, des ados qui font des crises clastiques régulièrement et on essaie beaucoup plus d'accompagner les éducateurs à essayer de répondre, enfin de désescalader les crises, de désamorcer les crises quand elles commencent et puis il y a certains comportements aussi, de nous, les adultes, qui entretiennent les crises plutôt que de les apaiser et du coup ça va pas être forcément de la pédopsychiatrie à proprement parler, mais ça va être aussi de, beaucoup essayer de soutenir les éducateurs pour qu'ils puissent aider les enfants à désescalader leur agitation interne plutôt qu'à ce que ça grimpe. (Adeline, pédopsychiatre hospitalière)

Donc la MECS est le bon lieu, concrètement :

C'est les équipes éducatives ou les référents ASE qui nous interpellent, on fait un entretien téléphonique, on valide la demande, on envoie une fiche de saisine et de recueil du consentement des détenteurs de l'autorité parentale et après on décide d'une intervention sur mesure. Qui la plupart du temps commence par une réunion avec l'équipe éducative au quotidien avec le jeune ; où là les éducateurs, amènent comment ça se passe. On met au travail la relation sur le quotidien, pour relancer une dynamique clinique en fait, dans le quotidien et après en fait, on voit s'il y a besoin d'un entretien pédopsychiatrique, d'une évaluation et d'une orientation vers un lieu de soin. (Angèle, pédopsychiatre hospitalière, équipes mobiles d'appui aux établissements de la protection de l'enfance)

On voit bien ici qu'une approche pédopsychiatrique plus « classique » (plus centrée sur l'intériorité du jeune et éventuellement orientée sur le diagnostic d'une pathologie psychiatrique) est une hypothèse de deuxième intention. En première intention l'approche se centre sur les relations existantes et leurs améliorations possibles :

Il y a le côté relation, travail sur la relation éducative, alors on s'appuie sur Theraplay qui est un outil thérapeutique basé sur la théorie de l'attachement et qui permet de remettre au travail tous ces jeunes... La plupart des jeunes qui sont placés. Ils ont vécu des traumatismes dans des relations. Et le postulat, c'est qu'il faut une bonne relation, au moins une, pour en guérir... Et les premières relations, c'est les éducateurs du quotidien. Parfois, le chef de service, parfois le directeur, parfois la maîtresse de maison. Parfois la ou le psycho, mais pas toujours. (Angèle,

pédopsychiatre hospitalière, équipes mobiles d'appui aux établissements de la protection de l'enfance)

En première intention et en l'absence de signe clinique flagrant d'une pathologie psychiatrique, il s'agit moins de traiter une problématique « intrapsychique » que « d'écraser » de mauvaises expériences relationnelles par des bonnes. L'opposition soin psychiatrique/éducation s'efface, mais à la condition de comprendre qu'il ne s'agit pas d'éducation au sens socio-éducatif classique, mais plutôt de bonnes relations, de bonnes expériences, permettant une valorisation de soi et un attachement à autrui. De même, il ne s'agit plus du même soin psychiatrique :

Et mes collègues de CMP, mes collègues d'hôpitaux, Ils sont formés au DSM. Ils sont formés à une vision très intrapsychique, des choses très psychanalytiques [...] Et puis d'être dans un registre très verbal et très cognitif et très symbolique, de pensée. Parce qu'en fait les jeunes qu'on rencontre ils en sont pas là [...] Et du coup moi, quand je vais parler avec les éducateurs sur le terrain, le fait que je parle du psycho trauma, de l'attachement, mais sur des choses très concrètes comme le fait de sortir de sa fenêtre de tolérance en étant en hyperactivation, hypervigilance, ou en étant dans le figement et comment on donne aux jeunes les moyens de sortir de ça. Eh Ben ça leur parle et en fait ça marche. Et parce que du coup, j'amène ça aussi parce qu'en fait, la situation de désespoir et d'avoir envie de mettre fin à de la souffrance et parfois du coup de mettre fin à sa vie, c'est très lié à ça. C'est-à-dire le fait de se sentir en souffrance, de sentir qu'on avance pas, qu'on n'est pas entendu... Qu'on pense des choses, des tentatives de solutions. Et on voit que ça ne fonctionne pas. (Angèle, Pédopsychiatre hospitalier, équipe mobile d'appui aux établissements de la protection de l'enfance)

Ces professionnels de la santé mentale ont aussi une théorie psycho traumatique des phénomènes d'escalade entre jeunes et professionnels aboutissant à l'entretien d'une crise clastique. De façon générale, ils envisagent les postures socioéducatives centrées sur le cadre, les limites (et souvent enrobées d'une rationalisation psychologisante sur l'effet « contenant » du cadre, des limites, des rituels) comme un effet lié aux traumatismes secondaires sur l'entourage (traumatisme vicariant). Car la rigidité peu réflexive serait chez le jeune (ayant eu le trauma primaire) comme chez l'entourage (vivant par empathie un trauma secondaire) un mécanisme de protection. Ces réactions face au jeune qui « explose » serait un mécanisme miroir (une sorte de contagion émotionnelle du stress, de l'agressivité et de la rigidité relationnelle). Ce qui est visé à l'inverse :

Faire le calme en soi en tant qu'éducateur, parce que ça active les neurones miroirs chez le jeune et ça vient faire une contagion émotionnelle, mais positive et pas du côté de la dérégulation émotionnelle en hyperactivation, avec des escalades symétriques. (Angèle, pédopsychiatre hospitalière, équipe mobile d'appui aux établissements de la protection de l'enfance)

La cible latente est donc l'entourage éducatif, lui aussi envisagé comme traumatisé et auto-dévalorisé. Une relation valorisante au carré tente d'être instaurée (des pédopsychiatres qui guident par des valorisations sélectives des éducateurs revalorisés et remotivés pour un lien relationnel qui valorise et sécurise les jeunes). Il suffirait de faire preuve de plus de souplesse et de discernement, d'être plus affectif et dans la relation, de créer du lien par des formes de transactions indulgentes et respectueuses autour des règles inessentiels :

Les équipes je leur dis, mettons-nous d'accord, il y a les grandes règles et les petites règles. Les grandes règles, c'est, on se fait pas mal, on fait pas du mal aux autres. Et puis voilà, on respecte le corps de l'autre et on respecte mon corps. Ça, c'est vraiment les grandes règles de base. Et à partir de là, décline des petites règles, et les petites règles. Alors les petites règles, on peut les enfreindre, on peut déroger, on peut, on peut négocier. Et en fait, quand on pose ça, alors derrière, je sens un « ouf ». (Angèle, pédopsychiatre hospitalière, équipe mobile d'appui aux établissements de la protection de l'enfance)

L'idée est séduisante (« je sens un ouf »). Elle semble bien correspondre à un besoin d'équivalents et d'images parentales plus affectueuses, moins punitives et moins rabaisantes chez les jeunes. Le diagnostic des soignants les plus pragmatiques sur l'importance des relations quotidiennes (à l'opposé de ceux qui théorisent que l'institution et ses figures d'autorité servent à rejouer des moments fondateurs et enfouis de la psyché et le conflit intrapsychique entre le ça et le surmoi) semble justifié au regard d'un besoin de satisfaction substitutive sur le plan du soin, de l'attention et du regard sain et valorisant d'un adulte. Il nous semble qu'elle rencontre néanmoins l'obstacle pratique du travail groupal abordé précédemment. La mise en œuvre semble plus correspondre à ce qu'on peut faire chez un assistant familial, moins dans une MECS et moins encore dans un foyer d'urgence.

4.3 Un cadre éducatif comme préalable au soin, ou l'inverse ?

Ailleurs, la pratique est moins à la croisée des chemins qu'instaurent les approches en termes de psycho trauma, c'est soit du psychiatrique, soit de l'éducatif. Ou bien, la question d'un ordre d'intervention prime sur le travail relationnel mixte envisagé dans le cadre du psycho trauma. Cette pédopsychiatrie pose le préalable d'une socialisation et d'une sociabilité minimale pour que le jeune accède au soin (y adhère et respecte un cadre minimal de savoir-vivre dans le service) et à la conscience d'une psychopathologie possible.

C'est l'ordre inverse qui s'exprime chez certains professionnels de la protection de l'enfance, le soin doit précéder l'éducatif :

On a plein de situations en fait où on sait que la nécessité du soin on ne peut pas y échapper et que sans ça en fait, ils sont tellement mal qu'ils ne pourront pas penser à l'éducatif ou nous, on ne pourra pas en tout cas leur proposer des choses efficaces sans le soin parce qu'ils sont tellement mal, tellement brisés que ça relève même plus de nous en fait. (Daphnée, ES, service jeunes fugueurs)

Les professionnels médicaux craignent cette approche pour les raisons évoquées précédemment. Prosaïquement, ils craignent aussi que la psychiatisation envisagée ne soit plus une étape de parcours, mais deviennent aux yeux des MECS un état définitif ; que concrètement l'ASE tente de se dérober à la prise en charge des jeunes sortant après une hospitalisation longue.

Conclusion

Outre des écarts assez évidents de connaissances et de qualifications dans le repérage et l'évaluation d'états suicidaires entre professionnels du soin et professionnels de la relation socio-éducative, nous avons donc souligné le rôle de facteurs environnementaux et organisationnels dans des écarts de perception dans ce qui est susceptible de faire crise et de provoquer une inquiétude. L'appréhension du risque et du danger diffère en partie en raison du degré d'ancrage des interactions dans la quotidienneté et dans le groupe, alors même que ces deux aspects semblent peu pensés dans les formations et recommandations liées au repérage et à l'évaluation du risque suicidaire. Le paradoxe étant qu'un état extraordinaire (vouloir mourir) appelle une démarche clinique d'évaluation dans un cadre peu ordinaire (entretien duel, bienveillant et semi-directif dans un lieu extérieur à la MECS) ouvrant sur des choix médicaux et juridiques lourds de conséquences ; alors même qu'une partie des soignants estiment que la réponse et la solution, en dehors des cas de pathologie psychiatrique, passent par un cadre ordinaire et une quotidienneté moins « froide » (un lieu de vie, que n'est pas l'hôpital, des

relations plus denses et moins chargées d'enjeux socio-éducatifs dévalorisants pour les jeunes). L'intercompréhension et le travail partenarial entre le secteur de la protection de l'enfance et le secteur du soin psychique apparaissent donc intrinsèquement compliqués. Nous allons voir dans la partie suivante que ce travail partenarial est fait malgré tout, avec difficultés et avec des insatisfactions de part et d'autre, dans un contexte de rareté de places en hôpital, avec de longs délais d'attente en CMP et en MDA, avec des fréquences de rendez-vous jugées trop faibles.

Quatrième partie : Le quotidien relationnel des institutions sanitaires et sociales en charge des adolescents présentant une problématique suicidaire. Une collaboration sous tension

La collaboration entre les établissements et services de soins et de la protection de l'enfance (foyers et services de l'ASE), à l'étude de laquelle nous dédions cette partie, s'articule tout à la fois à l'échelle territoriale et à l'échelle des établissements et services.

À l'échelle territoriale, elle s'organise par le biais de comités de pilotage territoriaux (Moro & Brison, 2017) et d'instances réunissant les représentants locaux de la protection de l'enfance et de la pédopsychiatrie tels que les Groupes Locaux d'Orientation ou les Comités de présentation des situations complexes. La collaboration à l'échelle territoriale est, en outre, permise par l'existence de « têtes de réseaux » (c'est le cas, sur un de nos terrains, d'une Maison Des Adolescents) garantes de la consolidation et de la systématisation du maillage institutionnel¹². Notons que les liens établis, notamment du fait de leur participation aux instances sus-citées, entre les cadres de direction (les médecins-chefs, les directeurs des associations gestionnaires des établissements d'accueil, les responsables de l'Aide Sociale à l'Enfance) font l'objet de réactivation régulière pour faire face à certaines dissensions dont une des actualisations typiques prend la forme du refus par un établissement d'accueil de réintégrer un adolescent à l'issue de son hospitalisation.

À l'échelle des équipes des établissements et services, les réunions de synthèse semblent être les occasions d'échanges les plus déterminantes. Elles sont généralement organisées par les services et établissements de soin pour répondre à une demande d'aide et de soutien des établissements d'accueil. Le travail collaboratif est aussi favorisé par l'effort de recrutement au sein des services et établissements de soins de professionnels ayant eu des expériences précédentes dans le champ de la protection de l'enfance. Ces professionnels nous ont fait part du travail qu'ils mènent, au fil de l'eau, pour informer et sensibiliser leurs collègues au sujet des enjeux et des difficultés spécifiques des services de l'ASE et des établissements d'accueil. Le recrutement au sein des différents établissements et services concernés par l'enquête parmi les mêmes corps de métier (psychologues, assistants de service social, éducateurs) participe, de même, à une organisation des échanges inter-institutionnels par profession. Il s'agit, à ce sujet, néanmoins de signaler que ce mode de rapprochement, s'il peut être jugé facilitant, peut mettre les professionnels face à des conflits de loyauté en les obligeant à prendre le parti soit de leur profession soit de leur institution de rattachement. Ce sont notamment les professionnels les plus excentrés (les psychologues des établissements et services sociaux et les travailleurs sociaux des établissements de soin) qui font, à leurs dires, l'expérience la plus intense de ces tiraillements.

¹² Elle s'est positionnée de sorte à établir des liens avec l'ensemble des acteurs : l'unité d'hospitalisation pédopsychiatrique où travaillent des pédopsychiatres qui exercent aussi à la MDA, l'unité d'hospitalisation pédiatrique au sein de laquelle des professionnels (éducateurs et infirmiers) de la MDA vont à la rencontre des adolescents hospitalisés en raison de troubles mentaux pour organiser notamment leur suivi post-hospitalisation, les établissements de la protection de l'enfance au sein desquels une équipe de la MDA peut à la demande, se déplacer pour aller à la rencontre, cette fois, des équipes et échanger sur les situations jugées difficiles.

Malgré le tribut payé par certains au travail collaboratif, la mise en œuvre de ce dernier à différentes échelles et par le biais de multiples moyens, l'existence d'une culture commune historique du fait des innovations, au cours du 20^{ème} siècle, de médecins-pédagogues dans le champ même de la protection de l'enfance et malgré les nombreuses exhortations à une meilleure articulation (Circulaire n° 70, 1992), la collaboration entre le champ de la protection de l'enfance et celui de la santé mentale s'avère bien souvent défailante (CNAPE, 2020 ; Bronsard, 2012 ; Welniarz, 2007). Cette quatrième partie sera l'occasion de s'interroger sur les raisons de ces défaillances. Elle permettra de questionner le caractère complémentaire ou au contraire disjonctif des missions des professionnels de l'ASE, des établissements d'accueil et de soin, de constater les écarts entre ces missions telles qu'elles sont exercées et les attentes des collaborateurs, de repérer les points de friction relationnels et les difficultés de coopération.

Au-delà de la prise en compte des difficultés inhérentes aux « réalités de terrain » et au quotidien des établissements et services, nous entendons questionner plus globalement les ambiguïtés des politiques de travail collaboratif, partenarial et en réseau, car si ces dernières sont censées permettre une mutualisation des ressources, elles en justifient aussi la réduction à l'échelle de chaque établissement et service. Par exemple, il est remarquable que les ressources psychiatriques et psychologiques de la protection de l'enfance aient été fortement réduites ces dernières décennies et que la déshospitalisation ait entraîné un transfert de la charge d'accueil et de soin quotidien des personnes en souffrance psychique à leurs proches et dans le cas des enfants et adolescents protégés aux établissements de la protection de l'enfance. Ainsi, si la collaboration entre la protection de l'enfance et le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile peut être envisagée, d'un certain point de vue, comme une opportunité, elle peut, de même, l'être comme relevant d'une double externalisation qui a consisté dans les faits à séparer les soignants et les enfants « psychiatisés » que ce soit au niveau de la protection de l'enfance (qui a en partie éloigné les premiers) ou de la pédopsychiatrie (qui a en partie déshospitalisé les seconds).

Si ces orientations ne sauraient être exclusivement envisagées comme la résultante de simples calculs économiques, il s'agit néanmoins de souligner que le déficit de ressources institutionnelles, s'il motive la collaboration, la fragilise aussi. C'est en effet le constat que la présente recherche a permis d'établir. Tant parce que la collaboration est exigeante et nécessite en soi du temps d'accordage, une capacité à se décentrer, et une souplesse d'adaptation, que parce les manques de ressources entraînent généralement des insatisfactions et des frustrations propices à générer de la défiance et des conflits.

La principale méthode d'enquête mise en œuvre pour cette recherche étant les entretiens, les opinions des enquêtés sont au cœur de cette partie. Il s'agira, en premier lieu, pour cette raison, de proposer quelques clés de compréhension, quelques repères, pour mieux contextualiser ces dernières. Ainsi, nous chercherons, au cours de la première sous-partie, à éclairer les parcours de soins ambulatoires et hospitaliers d'une trentaine d'adolescents identifiés comme présentant une problématique suicidaire. Nous proposerons, ensuite, une focale sur les récits des enquêtés au sujet de l'accompagnement en santé de deux jeunes filles s'étant donné la mort. Toujours à l'occasion de la première sous-partie, et après avoir établi, l'importance des attentes réciproques entre les collaborateurs, nous passerons en revue les principaux reproches (de manques de compréhension et de considération) que les enquêtés s'adressent. Enfin, nous nous questionnerons sur les effets, sur le travail collaboratif, des écarts de culture institutionnelle et notamment d'exercice du pouvoir hiérarchique.

La deuxième sous-partie portera sur les conséquences, du point de vue notamment des professionnels de la protection de l'enfance, des difficultés d'accès aux suivis ambulatoires et aux hospitalisations. Nous proposerons en premier lieu une synthèse des récits des enquêtés au

sujet des importants délais d'attente et de la fréquence des refus d'accès aux soins. Nous nous intéresserons à la dénonciation par les enquêtés du manque d'adaptation de l'offre de soins aux adolescents confiés à la protection de l'enfance. Puis nous verrons comment ces difficultés d'accès aux soins transforment les pratiques des professionnels de la protection de l'enfance en les contraignant à adopter des petites tactiques dans l'espoir d'augmenter les chances d'accès aux soins de leur public. Enfin, nous nous intéresserons aux conséquences pour les professionnels et les autres mineurs accueillis du maintien au sein des foyers d'adolescents présentant une problématique suicidaire.

La troisième sous partie portera sur les conséquences notamment pour les professionnels des établissements et services de santé mentale du peu d'investissement de la question du soin par les professionnels de la protection de l'enfance. Nous nous intéresserons tant à la faible prise en compte de la souffrance psychique dans l'accompagnement quotidien des adolescents qu'à la manière dont le placement lui-même peut contribuer à la dégradation de leur santé mentale. Nous passerons, ensuite, en revue différentes critiques émanant des professionnels du soin au sujet des effets déplorables : du manque de ressources humaines dans le champ de la protection de l'enfance, des usages opportunistes de l'hospitalisation, de l'investissement très limité des professionnels de la protection de l'enfance dans les accompagnements en santé. Enfin, nous nous intéresserons aux interférences entre les nécessités des soins de santé mentale et de la protection de l'enfance.

1. État des lieux

1.1 Inscription des adolescents repérés dans un parcours de soin

1.1.1 Caractéristiques des soins reçus et variables d'accès aux soins

L'étude, réalisée sur un de nos terrains de recherche, du parcours de soin de 33 adolescents placés en foyer¹³ et repérés par des professionnels de la protection de l'enfance ou de la santé mentale comme ayant une problématique suicidaire permet d'établir le fait que (malgré l'ensemble des difficultés que nous serons amenés à passer en revue dans cette partie), la majorité de ces adolescents ont bénéficié d'au moins une hospitalisation (29/31¹⁴) et bénéficient actuellement d'un suivi ambulatoire en santé mentale (23/29¹⁵).

En ce qui concerne les lieux d'hospitalisation, celles-ci se sont déroulées : en unité psychiatrique adulte (1/29), en unité pédopsychiatrique (12/29), en unité pédiatrique (6/29), tout à la fois en unité pédopsychiatrique et en unité pédiatrique (8/29)¹⁶. En ce qui concerne la fréquence des hospitalisations, elles ont eu lieu : à une seule reprise (8/29), à deux reprises (6/29), à de multiples reprises¹⁷ (15/29). Aucune corrélation n'a pu être identifiée entre le fait d'être suivi en ambulatoire par un pédopsychiatre et le nombre et le lieu d'hospitalisation. Malgré l'interconnaissance forte des pédopsychiatres sur le territoire étudié et le fait même qu'une partie d'entre eux exerce tout à la fois en service ambulatoire et en unité d'hospitalisation pédopsychiatrique, la fréquence des hospitalisations des adolescents suivis en

¹³ Les informations dont nous disposons sont issues des déclarations des professionnels, ce chiffre diffère de celui établi dans la première partie car il porte sur un seul des trois terrains d'enquête et il intègre, outre les cas de tentative de suicide, les cas d'idéations suicidaires.

¹⁴ Nous n'avons pas pu accéder aux informations recherchées dans le cas de deux adolescents.

¹⁵ Nous n'avons pas pu accéder aux informations recherchées dans le cas de quatre adolescents.

¹⁶ Nous n'avons pas pu accéder aux informations recherchées dans le cas de six adolescents.

¹⁷ Les expressions « plusieurs », « souvent », « récurrent », « très régulièrement » sont employées lors des entretiens.

service ambulatoire n'est pas plus élevée. Il apparaît même dans certains cas que l'existence d'un suivi ambulatoire peut motiver un refus d'hospitalisation.

La jeune qui fait une crise, qui me dit « éloigne-toi » parce qu'elle a envie de se fracasser le verre contre son crâne et se faire du mal. On est allé aux urgences [...] La jeune a été entendue, la jeune a été reçue dans un premier temps et dans un 2ème temps, elle a été reçue par le médecin en psychiatrie. Et puis tous les 3, on est reparti puis on est rentrés. Enfin on n'avait pas d'hospit ! [...] Ils ont estimé qu'elle pouvait rentrer étant donné qu'il y avait un suivi qui était mis en place... (Elena, ME, Foyer d'urgence)

L'existence d'un suivi ambulatoire n'apparaît pas non plus déterminante dans la répartition, le cas échéant, entre les différents lieux d'hospitalisation (psychiatrie, pédiatrie ou pédopsychiatrie). Il apparaît par contre que les adolescents qui ont fait l'expérience de multiples hospitalisations (15/29) ont presque tous¹⁸ fait l'expérience d'une hospitalisation en unité pédopsychiatrique.

En ce qui concerne les suivis ambulatoires, ces derniers s'exercent majoritairement au sein de services du secteur infanto-juvénile (19/23) plus précisément pour le terrain qui nous intéresse ici au sein d'une Maison Des Adolescents. Une minorité d'adolescents bénéficient d'un suivi libéral (5/23¹⁹), quant au suivi au sein des établissements d'accueil, ils sont des plus rares (1/23). Les adolescents consultent : des pédopsychiatres (18/23), des psychologues (11/23), des éducateurs ou des infirmiers exerçant dans le champ de la santé mentale (5/23). Parmi les 11 adolescents qui consultent des psychologues, 6 le font en parallèle de leur suivi par un pédopsychiatre, tandis que la totalité des 5 adolescents consultant des éducateurs ou infirmiers sont actuellement suivis par un pédopsychiatre.

Les pédopsychiatres rencontrés par les adolescents ne pratiquent généralement pas de psychothérapies et reçoivent les adolescents à une fréquence moindre que les psychologues (une fois par trimestre en moyenne contre une fois par quinzaine). Ce qui peut, en partie, expliquer que leur patientèle est plus nombreuse. En outre, une part non négligeable des adolescents concernés par l'enquête sont sous traitement médicamenteux, la nécessité de surveiller et d'ajuster leur traitement rend leur suivi pédopsychiatrique d'autant plus crucial et un effort supplémentaire est fait au sein des services ambulatoires du secteur infanto-juvénile pour limiter les délais d'attente des nouveaux patients (ce qui n'est pas le cas pour l'accès aux psychologues).

Alors le médecin-psychiatre oui, ça a été assez rapide (parce qu'elle prenait déjà un traitement), ça va. Après, psychologue c'était un peu long parce qu'en fait les premiers rendez-vous, c'est au bout de quelques mois, donc elle a été quelques mois sans psychologue. (Lydia, ES, MECS)

Ces résultats permettent de conclure que la majorité des adolescents concernés sont connus, quand bien même *a minima*, des professionnels de santé mentale du territoire. L'orientation vers les soins des adolescents repérés comme souffrant d'une problématique suicidaire semble, même si elle n'est pas toujours couronnée de succès, systématique. C'est, en effet, du fait de leurs propres refus des soins et non parce que leurs éducateurs n'ont pas démarché en ce sens que 6 adolescents ne bénéficient pas à l'heure actuelle d'un suivi ambulatoire et que 2 d'entre eux n'ont, de plus, jamais été hospitalisés²⁰.

¹⁸ A l'exclusion de deux adolescentes hospitalisées exclusivement en pédiatrie du fait probablement de leur éloignement géographique (respectivement 30 et 40km) de l'unité pédopsychiatrique.

¹⁹ Deux de ces adolescents bénéficient tout à la fois d'un suivi par un pédopsychiatre en MDA et par un psychologue en libéral.

²⁰ Cette assertion n'empêche toutefois pas comme nous le ferons au cours de cette partie de questionner le travail mené au sein de la protection de l'enfance pour « sensibiliser/socialiser » les mineurs aux soins. Les 6 mineurs en

Si le repérage des problématiques suicidaires provoque ainsi l'orientation vers les soins, l'affectation des adolescents aux catégories : suicidants/suicidaires/présentant des équivalents suicidaires ne correspond pas à une graduation des soins. Autrement dit, le fait d'avoir fait une ou plusieurs TS et d'être repéré comme tel ne conduit pas plus fréquemment à l'hospitalisation, ni au bénéfice d'un suivi ambulatoire. Uniquement 9 des adolescents identifiés comme suicidants (19/33) bénéficient d'un suivi ambulatoire (7 par un pédopsychiatre, 1 exclusivement par un psychologue et 1 par un éducateur). Concernant les adolescents présentant des équivalents suicidaires (6/33) nous n'avons l'assurance que seuls 2 d'entre eux bénéficient d'un suivi par un pédopsychiatre (doublé pour l'un d'eux par un suivi par un infirmier). Par contre, l'ensemble des adolescents identifiés comme suicidaires (8/33) bénéficient d'un suivi par un pédopsychiatre, doublé pour 4 d'entre eux d'un suivi par une psychologue (4) et pour 1 d'entre eux d'un suivi par un éducateur. Ainsi, même s'ils ne sont pas forcément ceux qui inquiètent le plus, les adolescents identifiés comme suicidaires sont proportionnellement bien plus nombreux à bénéficier d'un suivi ambulatoire. Il faut dire que les autres adolescents s'illustrent surtout dans des passages à l'acte alors que les adolescents identifiés comme « suicidaires » verbalisent leurs pensées « suicidaires », ouvrent, ou du moins acceptent, le dialogue avec les professionnels. Ils sont aussi pour partie présentés comme plus accessibles à la réflexivité que la moyenne des autres adolescents concernés par notre étude. Et pour partis « accusés » de rechercher de façon excessive de l'attention et du soin. Deux facteurs favorisant la mise en œuvre de suivis ambulatoires.

En outre, l'étude des cas des adolescents n'ayant jamais été hospitalisés et/ou ne bénéficiant d'aucun suivi ambulatoire nous met sur la piste d'une seconde variable d'accès aux soins des plus intéressantes. Les 6 adolescents concernés ont, en effet, un point commun au-delà du refus des soins, à savoir le refus de l'accompagnement de la protection de l'enfance. Il s'agit, en effet, de 5 adolescents suivis par un service dédié aux jeunes fugueurs et d'une adolescente encore placée en foyer, mais qui, selon l'ancienne psychologue de son établissement d'accueil (qui exerce désormais au sein d'une MDA) fugue régulièrement : « *elle se mettait en danger soit en prenant des médicaments ou en se scarifiant ou en fuguant.* » et dont le placement est estimé fragile : « *ça a été compliqué de la faire même adhérer au placement parce qu'en fait elle, elle était lassée. Ça faisait très longtemps qu'elle était placée. Et à un moment donné, il y a une certaine forme de lassitude aussi.* ». Ainsi, on peut faire l'hypothèse que le travail mené par les professionnels de la protection de l'enfance pour susciter l'acceptation du placement peut s'avérer, de même, décisif en matière d'accès aux soins.

1.1.2 Inscription des adolescents suicidés dans un parcours de soin : Les cas de Loane et Alicia

Dans la ville de X et sa banlieue qui constitue un de nos principaux terrains d'enquête, deux suicides d'adolescentes âgées de 16 ans et confiées à des foyers dans le cadre de la protection de l'enfance ont marqué les professionnels ces dernières années, plus précisément en 2017 et en 2020.

Sur les 37 professionnels avec lesquels nous nous sommes entretenus, 5 ont évoqué le cas de Loane la première adolescente. 3 d'entre eux étaient en charge à l'époque de son accompagnement (la responsable du service de l'Aide Sociale à l'Enfance et deux éducatrices de l'unité de pédopsychiatrie au sein de laquelle elle avait été à plusieurs reprises hospitalisée).

question ont connu un placement dès la petite enfance, il est probable (c'est d'ailleurs l'hypothèse de leurs éducateurs actuels) qu'une prise en compte précoce de leur souffrance aurait pu prévenir la situation actuelle.

Les 2 autres professionnelles (une cheffe de service ASE, une psychologue de la MDA) ont simplement fait allusion au drame. Le cas de la seconde adolescente, Alicia, a été abordé par 6 professionnels. 4 d'entre eux étaient en charge à l'époque de son accompagnement (la responsable de l'ASE, une infirmière de l'unité de pédopsychiatrie au sein de laquelle elle avait été hospitalisée, la cheffe de service et un éducateur du foyer au sein duquel elle était accueillie). Les 2 autres professionnelles qui ont évoqué son suicide ne l'ont pas connue directement. Il s'agit de la nouvelle sous-directrice de l'association gestionnaire du foyer et de la psychologue du Point Accueil Ecoute Jeune qui a été en charge de l'animation de la cellule psychologique mise en œuvre, suite au drame, à l'intention des autres adolescentes du foyer.

La seule professionnelle qui évoque les deux cas est sans surprise la responsable de l'Aide Sociale à l'Enfance, la seule professionnelle en charge de l'ensemble des mineurs confiés.

Il est aussi remarquable que les deux jeunes filles avaient été hospitalisées en pédopsychiatrie préalablement à leur suicide. Dans leurs témoignages respectifs, les professionnelles de l'unité pédopsychiatrique proposent leur récit des besoins et des réponses données aux deux jeunes filles au cours de l'hospitalisation. Des besoins ne pouvant être que difficilement comblés au sein des foyers.

Ainsi expliquent-elles que Loane avait besoin de la « présence de l'adulte, d'individualité » (Natacha, ES, Unité hospitalière de pédopsychiatrie) et d'être contenue physiquement lors de ses crises « pour que ça s'arrête, pour qu'elle puisse s'apaiser. » (Anna, ES, MDA ayant exercé préalablement en Unité hospitalière de pédopsychiatrie).

En ce qui concerne Alicia, c'est un autre type de contenance celui permis par la clôture du service vis-à-vis du monde extérieur (« c'était l'extérieur qui la rendait mal. » (Alice, IDE, Unité hospitalière de pédopsychiatrie)) qui aurait permis son apaisement durant son hospitalisation. La professionnelle qui témoigne insiste d'ailleurs sur le bon déroulement de cette hospitalisation, Alicia se saisissait « des soins, des ateliers thérapeutiques, des entretiens qu'on faisait avec elle ».

L'unité pédopsychiatrique dans laquelle, elles ont été, toutes deux, hospitalisées accueille les adolescents dont la situation est considérée comme particulièrement préoccupante. Ainsi, ces hospitalisations témoignent de la prise en compte de la gravité de la situation de l'une et l'autre, bien que Loane ait fait l'objet d'une plus grande vigilance qu'Alicia.

En ce qui concerne Loane, les professionnels relatent des hospitalisations régulières depuis ses 12 ans et une inscription, au moment de son suicide, au CATTP de l'unité pédopsychiatrique. Les activités du CATTP permettent aux professionnels de conserver une vigilance et un lien avec les adolescents, pour lesquels ils sont les plus inquiets, en dehors des périodes d'hospitalisation. L'ensemble des professionnels relate de même que Loane avait à plusieurs reprises tenté d'attenter à sa vie. Si elle est avant tout décrite comme « suicidaire » par les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance, les éducatrices de l'unité pédopsychiatrique dressent un tableau clinique plus complexe. L'une d'elle la décrivant comme « psychotique » et très angoissée et la seconde comme présentant de « gros troubles de l'attachement » et « déficiente ». L'une et l'autre relatent des épisodes « d'agitation extrême » lors desquels Loane faisait preuve d'hétéro-agressivité et surtout d'auto-agressivité. Ainsi ce serait-elle, au cours des hospitalisations et pas uniquement au sein de son foyer, scarifiée et mordue jusqu'au sang et elle se serait à l'occasion de sorties dans le cadre du CATTP, allongée à plusieurs reprises sur le trottoir et la route. Du fait de ces précédents, la mort de Loane si elle a profondément marqué les professionnels ne semble pas avoir constitué pour eux un étonnement : « on était sur cette crainte-là en permanence » (Mme A, Responsable, ASE), « elle s'est une énième fois...

mais cette fois-ci elle a réussi » (Natacha, ES, Unité hospitalière de pédopsychiatrie). Notons toutefois que cette prévisibilité de la mort, laisse comme déjà évoqué en deuxième partie du rapport – du point de vue d'une des éducatrices de pédopsychiatrie - pour autant persister un doute sur sa véritable intention de mourir.

Concernant Alicia, le récit de son mal être émane de la professionnelle l'ayant connu lors de son hospitalisation à l'unité pédopsychiatrique (« vraiment, il y avait eu un mal-être, des scarifications » Alice, IDE, Unité hospitalière de pédopsychiatrie) et de la psychologue qui ne l'a pas connue, mais a été en charge de la cellule psychologique mise en œuvre au sein du foyer et qui a par ailleurs recueilli les témoignages à son sujet de l'équipe enseignante de son ancien établissement scolaire (« C'est une jeune qui allait hyper mal. Déjà de base. Enfin, je veux dire, les pensées suicidaires, elle en avait déjà avant », Rachel, Psychologue, PAEJ). Par contre, du côté de la protection de l'enfance sa mort est décrite comme inattendue tant du côté du foyer (« on n'a pas vu », Extrait journal de terrain, réunion du Vendredi 10 mars 2023) que de l'Aide Sociale à l'Enfance (« de souvenir, je n'ai pas forcément l'impression qu'il y avait des prémices », « je n'avais pas été en tout cas moi alertée », Mme A, Responsable, ASE). Ce qui peut éventuellement nous interroger sur la circulation des informations, entre les différents professionnels, à son sujet.

1.2 Défauts attestés de collaboration

1.2.1 Des attentes déçues

Un sentiment important de déception quant à la qualité des interventions des collaborateurs et des liens établis avec ces derniers est relaté par la grande majorité des enquêtés. Ce sentiment, et sa diffusion, nous renseignent sur l'existence, *ex-ante*, d'une estime et d'attentes préalables vis-à-vis des collaborateurs et sur la révision, *in fine*, de ces considérations. C'est sans surprise les collaborateurs au sujet desquels les professionnels nourrissent le plus d'attentes qui s'avèrent les plus décevants. Certaines régularités sont ainsi repérables comme la tendance des professionnels des unités d'hospitalisation à attendre de l'appui des professionnels des établissements d'accueil et à ressentir de la déception à leur endroit ou encore la tendance, très exacerbée, des professionnels des établissements d'accueil à être déçus par les professionnels de l'aide sociale à l'enfance et des services de soins ambulatoires dont ils semblent attendre particulièrement le soutien.

La proximité des critiques formulées en toute généralité par les enquêtés est assez remarquable. Ainsi, il y a de grandes similitudes entre ce qui est reproché aux uns et aux autres. Les enquêtés reprochent ainsi aux professionnels des soins ambulatoires et des unités d'hospitalisation (qui s'en font de même l'auto-reproche) la faible adaptation de leurs pratiques aux publics « difficiles », leur capacité généralement limitée à « aller vers », à se confronter directement aux crises et à parvenir à instaurer une relation « thérapeutique » malgré les réticences des adolescents et leur éloignement du soin.

Il est sortant parce qu'il a tout pétié dedans parce qu'il y a eu un incident entre deux patients. Du coup on se débarrasse d'un problème en le rendant à l'aide sociale à l'enfance ce n'est pas parce qu'il est médicalement sortant. Voilà parce que l'aide sociale à l'enfance, elle a une obligation de prendre, de faire. [...] La psychiatrie, elle n'a pas d'obligation. (Mme E, cadre MNA, Services départementaux ASE)

Là, je suis revenu il y a 8 jours de vacances, le premier jour, premier staff, première heure de travail, j'arrive [...] et j'ai une équipe au bord de la rupture qui me dit « il faut le sortir, il faut le

sortir », non pas parce qu'il est sortant, mais parce que nous sinon on va être maltraitant. Et donc il faut aussi que je fasse avec ces mouvements psychiques-là. (Dr G, pédopsychiatre chef, MDA)

Dans ces conditions, un fort sentiment d'abandon et de devoir au final « faire face seul » est exprimé par les professionnels de l'ASE et des établissements d'accueil. Néanmoins, il est remarquable, à ce sujet, que l'existence de certains services proposés, à leurs dires, par les services de soins ambulatoires et les unités d'hospitalisation investigués ne sont pas connus des professionnels des établissements d'accueil. Ainsi, n'est par exemple pas connue de tous la possibilité, du moins dans le cas d'un de nos terrains, d'obtenir des conseils en conviant des professionnels de la Maison Des Adolescents aux réunions d'équipe, en appelant les unités d'hospitalisation, en se rendant lors des crises au sein des services de soins ambulatoires pour une évaluation de celles-ci et de la pertinence du recours ou non à l'hospitalisation.

De leurs côtés, les professionnels des établissements d'accueil déçoivent eux aussi leurs collaborateurs, et pour des raisons très proches. Ils déçoivent en raison de la fragilité de leurs liens avec leur public, de leurs tendances à mettre fin aux accompagnements des adolescents difficiles et à déplacer (en quelque sorte) les difficultés plutôt qu'à les affronter.²¹

Enfin les services de l'ASE n'échappent pas à la critique. Leur implication serait, selon leurs collaborateurs, et ce sur les trois territoires investigués, insuffisante. Et cette situation serait d'autant aggravée par la conservation par l'Aide Sociale à l'Enfance de pré-carrés dans de nombreux domaines (création ou fermeture de structures, choix des établissements d'accueil des adolescents avec une prise en compte jugée faible de l'avis des collaborateurs...). Pour les établissements d'accueil, ce positionnement de l'ASE apparaît comme une double peine, car ils ont tout à la fois régulièrement le sentiment de « gérer seul », d'« assumer » et de ne pas disposer d'un véritable pouvoir de « décider ». Une situation suscitant, entre autres, la crainte d'être désignés en cas d'incidents graves (notamment de suicides) comme « les coupables idéals » sans que ne soit prise en compte l'influence institutionnelle de l'ASE sur les limites de l'accompagnement proposé :

Ils ont parlé du poids sur le dos des premières lignes, des reportages désignant les foyers comme les coupables idéals. On a parlé des décisions prises au niveau du département qui ont des effets sur les adolescents et sur leur accompagnement, des décisions qui ne sont pourtant pas prises en compte dans l'équation lorsqu'il s'agit, en cas de suicide, de désigner un coupable. (Extrait journal de terrain Réunion du Vendredi 10 mars 2023)

Le « désengagement » de l'Aide Sociale à l'Enfance du suivi, au jour le jour, des mineurs confiés (qui prend la forme extrême dans un des départements étudiés de la disparition de la fonction de référent ASE), aurait de même, en partie, raison de la capacité des agents de l'ASE à saisir les enjeux pour le public et les « professionnels de terrain ». Les enquêtés dénoncent, par exemple, le fait que les mineurs confiés se voient désormais orientés, dans la plupart des départements, vers des établissements ou des familles d'accueil par des professionnels qui ne les connaissent pas singulièrement, pas plus d'ailleurs qu'ils ne connaissent les professionnels et les établissements vers lesquels ils les orientent. De façon plus anecdotique, mais non moins conséquente, le désinvestissement des professionnels de l'ASE accentuerait les risques que ces derniers commettent des bourdes. Ainsi, par exemple, au cours d'un entretien un psychologue d'un Point Accueil Ecoute Jeunes dénonce la déstabilisation du suivi psychologique d'une jeune fille suite à la révélation de l'existence de ce suivi par un professionnel de l'ASE à la mère de celle-ci :

²¹ Ce qui aurait pour effet au final de rendre ces mêmes adolescents d'autant plus difficiles et rétifs aux accompagnements et à l'établissement de toute forme de relation.

Alors la mère n'était pas au courant que la jeune me voyait parce que la jeune disait que si jamais elle disait qu'elle était allée voir quelqu'un sans en informer sa mère, il y aurait des représailles. Et donc l'ASE a fait une boulette. L'ASE a dit qu'elle venait me voir. Et elle m'a dit qu'effectivement elle a eu des représailles très fortes, qu'elle a trahi la famille, etc. (Hugo, Psychologue, PAEJ)

Enfin, les professionnels tant des établissements d'accueil, des services de soins ambulatoires et des unités d'hospitalisation dénoncent une réactivité trop lente des services de l'ASE. Ainsi certains professionnels revendiquent la nécessité de mettre l'ASE devant le fait accompli au risque d'ajourner indéfiniment dans l'attente d'un feu vert, les réponses pouvant être données à la détresse des adolescents (comme l'explique, par exemple, un éducateur de MECS ayant décidé de se priver de l'accord préalable de l'ASE pour organiser un séjour d'apaisement). Le manque de « réactivité » de l'ASE suscite aussi la critique de ses propres agents, ainsi un enquêté évoque notamment le cas d'un suicide intervenu un mois après une interpellation du service par un établissement d'accueil alors que les professionnels n'avaient pas encore réagi à cette dernière.

1.2.2 La non-prise en compte des enjeux des partenaires

Hormis les critiques au sujet de la non-prise en compte des enjeux de l'accompagnement des adolescents, les enquêtés ont fait part de tendances de leurs collaborateurs à ne pas s'intéresser aux enjeux spécifiques de leur activité et aux conditions dans lesquelles ils exercent. Ils révèlent notamment des tendances à subsumer aux logiques internes de leurs différents établissements et services, des logiques importées d'autres champs. Ainsi, par exemple, la tendance de l'Aide Sociale à l'Enfance (avec la complicité parfois du tribunal pour enfants) - dénoncée par l'assistante sociale d'une unité d'hospitalisation - à tenter de passer outre la nécessité de produire des autorisations de soins et d'hospitalisation en bonne et due forme au regard de la législation propre au champ médical :

Ça peut éventuellement attendre la nuit et le lendemain, mais il faut chercher au moins à ce que les parents soient informés et qu'ils puissent autoriser effectivement la prise en charge [...]. Et ça fait point de friction très régulièrement. Notamment avec les cadres de l'aide sociale à l'enfance qui se retrouvent, eux, sur des astreintes. [...] Bon sans être totalement obtus et rigides, ça peut attendre le lendemain matin, mais il faut que ce soit fait : ça et les demandes de délégation d'autorité parentale partielle quand un parent s'oppose. Donc ça, c'est notre grande bataille. Je trouvais que ça c'était plutôt tempéré à un moment et là, vraiment, ça revient fort. Alors, aussi avec des positionnements de magistrats qui sont un peu fluctuants [...] Et là c'est vrai que quelquefois ça prend je trouve une tournure vraiment très désagréable, d'un espèce d'ascendant, de recherche de pouvoir. (Héloïse, ASS, Unité hospitalière de pédopsychiatrie)

Dans le même ordre d'idées, les professionnels des établissements d'accueil dénoncent, de leurs côtés, la tendance des professionnels des services et établissements de soin à juger du travail qu'ils mènent auprès des adolescents à l'aune des performances habituelles de l'éducation familiale sans prendre en compte l'enjeu de l'attachement et de l'adhésion des adolescents. Les enquêtés d'un service dédié aux jeunes fugueurs rapportent, par exemple, le fait que les soignants sous-estiment l'impuissance dans laquelle ils se trouvent et leur reprochent d'abandonner des adolescents à leur sort en ne cherchant pas à les empêcher de fuguer, mais en se mettant simplement à leur disposition selon le principe de « libre adhésion » dans l'espoir d'établir progressivement une relation éducative.

Il a fallu qu'on explique parce que c'était nouveau et parce que c'était mal compris. Parfois certains même dans le soin étaient étonnés qu'il y ait des enfants à la rue. Et ne comprenaient pas en fait que l'on puisse cautionner, presque accepter qu'il y ait ces enfants dans la rue et qu'on

ne les attache pas. Et du coup, ça a été compliqué de dire on travaille en protection de l'enfance avec des jeunes qui ne sont pas forcément en adhésion avec leur placement. (Daphné, ES, Service jeunes fugueurs)

Notons, en outre, une tendance des établissements et services de soins à sous-estimer la charge de travail des établissements d'accueil. Ainsi le récit d'un refus par un pédopsychiatre de réaliser des ordonnances de soins infirmiers pour la distribution des traitements au prétexte que les éducateurs peuvent bien s'en charger ou encore la réclamation, par les professionnels des unités d'hospitalisation, d'une mobilisation des professionnels des établissements d'accueil inconciliable avec leur activité pour, par exemple, visiter les adolescents, venir chercher le linge à laver et leur en rapporter le week-end alors qu'ils sont seuls de service en charge de l'ensemble du groupe... Ainsi, la tendance à imposer des dates pour les réunions de synthèse, à procéder sans délai à la levée des hospitalisations obligeant les professionnels des établissements d'accueil à se mobiliser au pied levé.

1.2.3 Défaut de réciprocité

Un autre point d'achoppement non négligeable concerne la réciprocité des relations entretenues par les collaborateurs. Hormis les établissements d'accueil de la protection de l'enfance qui ne sont clairement pas considérés, et ne se constituent d'ailleurs pas, comme des forces motrices, mais plutôt comme des entités fragiles, l'Aide Sociale à l'Enfance et les services et établissements de soin font tous trois l'objet de reproches quant à la place qu'ils s'octroient dans les relations de collaboration. Ainsi les services de l'Aide Sociale à l'Enfance auraient notamment tendance (une critique relayée tant par les établissements d'accueil que de soin) à prendre des décisions non concertées ainsi qu'à cultiver une asymétrie en matière de circulation d'informations. Les collaborateurs insistent notamment sur l'absence récurrente de retours de la CRIP quant aux informations préoccupantes qu'ils ont communiquées. Les services et établissements de soins cultiveraient, de même, l'asymétrie informationnelle en exigeant des informations de la protection de l'enfance et en refusant en retour de communiquer des informations sur les adolescents à même d'aider les professionnels de la protection de l'enfance à se positionner auprès d'eux. Ils auraient, de plus, tendance (selon les établissements et services de protection de l'enfance, mais aussi une partie de leur personnel (notamment les travailleurs sociaux qui y officient), à porter peu de considérations aux observations, analyses, « intuitions », de leurs collaborateurs et à cultiver à leur endroit un certain sentiment de « supériorité » engendrant au quotidien de petites vexations comme le fait de tourner l'inquiétude des professionnels de la protection de l'enfance en dérision, de leur expliquer ce qu'ils ont à faire, de refuser de communiquer leur email et leur numéro de téléphone et de les contraindre à passer par le standard chaque fois qu'ils souhaitent les joindre.

1.2.4 Des différences dans l'exercice du pouvoir

Notons avant de conclure que certaines des attentes déçues présentées au cours de cette partie, notamment celles des établissements et services de soin, peuvent certainement être imputables à des écarts en matière d'organisation du travail. Il y a ainsi un fossé entre les manières dont s'exerce le pouvoir hiérarchique dans le cadre de la protection de l'enfance et dans le cadre des services et établissements de soin. L'observation comparative des réunions, réalisée au cours de l'enquête, permet d'établir certaines différences. Notons, en premier lieu, que le pouvoir de décider est bien plus incarné, en la personne notamment du médecin-chef, dans les services et unités de soin de sorte que les décisions y sont, tout à la fois plus cohérentes et plus rapides à

contracter. Il est, en outre, remarquable que les réunions soient généralement quotidiennes dans les établissements et services de soin, ce qui permet la régulation des pratiques au fil de l'eau et la collectivisation des informations recueillies par les uns et les autres. Ces réunions ne sont qu'hebdomadaires dans les établissements et services de la protection de l'enfance. Si elles sont, par ailleurs, globalement présidées, il est remarquable que les professionnels s'adressent presque exclusivement au médecin-chef (ou en son absence au psychiatre présent) dans les établissements et services de soin alors que l'adresse est plus collective et horizontale au sein des établissements et services de protection de l'enfance où les réunions sont préférentiellement animées par les cadres intermédiaires (chef de service) de sorte qu'elles ne constituent pas une occasion pour les participants de se confronter au point de vue des cadres de direction. Dans les services et établissements de soin, les réunions sont enfin beaucoup plus courtes (1 heure environ), structurées et tournées vers la prise de décision. Alors que les échanges durent en moyenne 3 heures dans les établissements et services de protection de l'enfance et semblent bien plus viser l'émergence d'une pensée commune que son opérationnalisation.

Conclusion

Cette première partie a été l'occasion de repérer certaines caractéristiques de l'accès aux soins. Ainsi la prévalence, dans le cas de notre public, de la fréquentation du secteur infanto-juvénile (CMP, MDA) plutôt que des soignants libéraux ; de la consultation de pédopsychiatres plutôt que de psychologues ; de la délivrance de traitements médicamenteux plutôt que de psychothérapies. Elle a aussi été l'occasion de repérer certaines variables d'accès aux soins. Ainsi le fait que l'accès à l'unité pédopsychiatrique soit favorisé par l'expérience d'hospitalisations multiples, que le bénéfice d'un suivi ambulatoire puisse décourager l'hospitalisation ou encore qu'il existe des corrélations fortes entre le fait d'être identifié comme « suicidaire » et le bénéfice d'un suivi ambulatoire, le refus du placement et le refus des soins.

Le focus sur l'histoire médicale d'Alicia et Loane nous renseigne sur le fait que l'accompagnement en santé mentale et l'adhésion aux soins, dont elles avaient toutes deux fait preuve, n'ont malheureusement pas permis d'éviter le pire. Ce focus a été, de plus, l'occasion de constater l'écart entre les besoins repérés par les professionnels du soin et comblés, à leurs dires, à l'occasion des hospitalisations (présence renforcée, contention, rupture avec le monde extérieur) et les possibilités offertes par l'accueil au sein des foyers. Enfin, on retiendra les écarts de discours des différents professionnels au sujet des jeunes filles laissant supposer l'existence de peu d'échanges en amont comme en aval de leur suicide.

Cette première partie nous renseigne aussi sur les principales critiques et attentes que se portent les collaborateurs. En ce qui concerne les critiques, les enquêtés s'accusent mutuellement de se désengager de l'accompagnement des adolescents difficiles et de ne pas appréhender correctement les enjeux de leur travail. Ils font part, en outre, de critiques plus spécifiques au sujet de collaborateurs en particulier comme, par exemple, les services de l'ASE qui seraient insuffisamment réactifs et prendraient des décisions unilatérales ou encore les services et établissements de soin qui auraient tendance à cultiver un sentiment de supériorité. En ce qui concerne les attentes, il semble que chacun attende idéalement des autres qu'ils parviennent à engager une relation de travail avec les adolescents malgré les réticences de ces derniers et qu'ils ne fuient pas la confrontation.

Enfin, cette partie aura été l'occasion de mettre en lumière l'existence d'écart organisationnel dans l'exercice notamment du pouvoir entre les champs de la protection de l'enfance et de la santé mentale pouvant générer certaines mécompréhensions.

2. Conséquences de la « déshospitalisation » et des difficultés d'accès aux soins ambulatoires

2.1 Du côté des soignants

Si comme nous l'avons vu, les adolescents repérés comme ayant une problématique suicidaire sont connus dans leur majorité des professionnels des services ambulatoires et d'hospitalisation, cela ne signifie pas qu'il est aisé d'obtenir une place tant dans le cadre d'un suivi ambulatoire que d'une hospitalisation, ni d'ailleurs que les propositions faites aux adolescents (majoritairement des suivis trimestriels par des pédopsychiatres et des hospitalisations sporadiques) soient suffisantes. Cette deuxième sous-partie sera l'occasion de rendre compte des difficultés relatées par les professionnels pour permettre l'accès aux soins des adolescents qu'ils accompagnent.

2.1.1 Des difficultés d'accès à des soins de qualité

S'il est rarement envisageable pour les professionnels de la protection de l'enfance, face à des adolescents en crise d'autant plus lorsqu'ils ne sont pas volontaires pour leur hospitalisation, de les amener par leurs propres moyens à l'hôpital, certains professionnels (notamment ceux qui officient au sein d'un service d'accompagnement pour jeunes fugueurs dont le public à la réputation d'être usager de drogues et potentiellement violent) témoignent de difficultés d'accès aux secours d'urgences (le SAMU et les pompiers). Certains enquêtés font, en outre, part de temps d'attente important à l'occasion desquels il est très difficile pour eux de contenir les adolescents et de les empêcher de partir :

C'est une jeune pour qui à la dernière crise, on a appelé le 15. Et en fait, elle est partie entre-temps et on ne pouvait pas la retenir concrètement. Et en fait même le 15 a dit « bah non, enfin c'est à vous de gérer, c'est une crise. Vous êtes un foyer. Enfin voilà, quoi. Il n'y a pas d'inquiétude ». Alors qu'on avait mis en avant justement tout ce petit parcours où à un moment donné on a observé un mal-être qui était monté en puissance et des passages à l'acte. Et des choses enfin, même au niveau des consommations assez importantes, c'est assez chaotique. (Daphné, ES, Service jeunes fugueurs)

Passé ce premier barrage des secours d'urgences, les enquêtés, quel que soit le territoire au sein duquel ils travaillent (même dans les grandes métropoles) font part du manque de services d'urgences et d'hospitalisation pédopsychiatriques :

Le problème c'est que les hôpitaux Psy, il n'y a pas de place. Il y a quoi 10 chambres, 10 lits pour une ville comme [grande ville]. 10 lits, pour les mineurs ?! (Isabelle, ES, MECS)

En l'absence de services adaptés, les adolescents présentant une problématique suicidaire sont orientés, ce qui n'est pas sans les exposer à des difficultés particulières, vers les urgences et les unités d'hospitalisation pédiatriques ou encore les urgences et les unités d'hospitalisation psychiatriques. Les urgences et les unités d'hospitalisation psychiatriques s'adressent en premier lieu aux adultes, les adolescents y croisent des personnes présentant de lourdes pathologies mentales et l'ambiance qui y règne – qualifiée de « particulièrement glauque »²² par une enquêtée – exacerbe généralement le désir de fuir de ceux qui sont d'ores et déjà réticents à la perspective de l'hospitalisation. Les urgences et les unités d'hospitalisation pédiatriques présentent, de même, des défauts non négligeables : la priorisation des urgences

²² Mme H, Sous directrice, MECS

vitales et des affections somatiques, l'absence récurrente de pédopsychiatre et même parfois de psychologue, le désintérêt d'une partie des médecins somaticiens et du personnel pour la pathologie mentale, une tendance au « bannissement » de certains adolescents en raison de leur violence :

Et même on en avait certains, même qui des fois comme ils avaient tendance à être un peu violent ou autre, qui n'avaient même plus le droit de venir aux urgences. (Erin, IDE, Unité hospitalière de pédiatrie)

Nous, sur les moins de douze ans, il y a une équipe de Pédopsy qui est hyper réactive. C'est-à-dire que sur les horaires ouvrables de la semaine, sur du 9-17, on appelle, dans la demi-heure qui suit, la plupart du temps, il y a une équipe qui descend. [...] Sur les plus grands ? Non, on n'a pas de Pédopsy qui viennent. (Erin, IDE, Unité hospitalière de pédiatrie)

Moi, je me suis retrouvée avec un interne qui m'a dit « mais moi ça m'emmerde de faire ce boulot-là, je n'ai pas envie ». (Erin, IDE, Unité hospitalière de pédiatrie)

Je me souviens quand je travaillais aux urgences à XX, on avait des filles qui venaient en tentative de suicide et comme on était submergé d'un tas de trucs qui arrivaient, parfois des gens qui avaient une hache dans la tête et tout (ça m'est arrivé une fois) on s'occupait de la hache dans la tête. Les TS, on s'en fichait un peu. Enfin, je suis un peu total en disant ça, mais bon ce n'est pas la priorité. Et puis quand je dis bon la hache ce n'était pas quand même tous les jours, mais il y avait souvent des trucs assez lourds quoi aux urgences et c'était il y a 40 ans maintenant c'est la folie totale quoi les urgences, je n'aimerais pas y travailler à nouveau. Donc ça veut dire que qu'est-ce qu'on fait des TS à un moment où vous avez... ? En plus, elles arrivent, il y a des équipes qui n'en peuvent plus. Donc si c'était une TS médicamenteuse, il faut lui faire un lavement gastrique, qui l'écoute ? Qui lui explique ? Qui rentre dans l'empathie ? Je ne sais pas, il faudrait aller voir. C'est vachement difficile et c'est des enfants qui sont démolis ou en démolition. (René, Médecin santé publique, ASE)

Si les enquêtés semblent considérer dans leur ensemble que les services de pédopsychiatrie sont plus à même que la pédiatrie et la psychiatrie d'accompagner le public qui est au cœur de cette enquête, ils font néanmoins part de difficultés qu'ils rencontrent indistinctement au sein des trois secteurs. La quasi-totalité des enquêtés insiste, par exemple, sur les effets de l'attente très importante qui leur est imposée au sein des services d'urgences. Attente qui entraîne en cascade, en les mobilisant durant des heures, des carences d'effectif au sein des foyers et qui exacerbe encore la tendance des adolescents qui ne souhaitent pas être hospitalisés à fuir :

Elle a essayé de partir 4 fois où on lui a couru après, 4 fois où ils ont dû faire intervenir la sécurité parce que vu qu'elle était quand même là pour une tentative de suicide, pour le coup, il fallait qu'elle reste et qu'ils voient si en fait finalement elle avait pris du paracétamol, mais en tout cas, si la dose était trop importante. (Daphné, ES, Service jeunes fugueurs)

L'attente (encore exacerbée dans les cas de transfert entre différents services d'urgences) a aussi un effet, selon les enquêtés, sur l'évaluation des médecins qui déterminent la nécessité ou non de l'hospitalisation puisque ces derniers ne se confrontent pas aux adolescents en crise. Lorsqu'ils les rencontrent, les adolescents sont souvent passés à autre chose et ne font plus preuve ni des conduites inquiétantes ni des propos suicidaires qui avaient poussé les professionnels à chercher à les faire hospitaliser. Une partie de ceux mêmes qui ne s'opposaient pas en premier lieu à leur hospitalisation demande désormais à partir :

Ils l'ont envoyé vers les urgences pédiatriques [...] Et finalement, ils l'ont orientée vers les urgences psychiatriques. Le temps d'arriver à l'hôpital, d'attendre les résultats de prises de sang, et cetera, ils s'étaient passé peut être 4 ou 5 heures donc en fait au moment où on arrive aux urgences psychiatriques pour parler vraiment de son état d'être, d'âme, elle, elle était déjà sur autre chose, elle était soignée, enfin tout allait bien. (Daphné, ES, Service jeunes fugueurs)

Les enquêtés dénoncent, de même, le caractère souvent inadapté des entretiens d'évaluation et l'appui exclusif des médecins sur les déclarations des adolescents :

Moi je suis passé aux urgences avec un jeune en train de décompenser [...] nous laissant penser à un passage à l'acte, mais en fait, qui était déconnecté de la réalité, complètement, avec un truc de persécution, mais le monde entier était contre lui et de l'agressivité, de la violence et en fait, je l'ai accompagné. C'est un jeune qui était accueilli dans [le département X]. L'hôpital de secteur était à XX, je me suis retrouvé à l'accompagner à XX, à attendre 4 heures pour voir une pédiatre qui lui a posé 3 questions « est-ce que tu t'automutiles », le gamin, il a 12 ans, il a dit « Je ne sais pas ce que ça veut dire ». Elle ne lui a pas expliqué. « Euh est-ce que t'as déjà pensé à te suicider ? » le gamin, il l'a regardé avec des yeux, il a dit « ben. Non » (Benjamin, ES, Placement familial)

Conscients des limites du processus d'évaluation, les adolescents seraient d'ailleurs nombreux à affûter leurs discours pour parvenir à ne pas être hospitalisés :

Dans le camion, ça a été plutôt bien. Elle préparait son discours pour les urgences psychiatriques, puisqu'elle avait déjà été hospitalisée plus jeune et je pense qu'entre eux, ils se disent ce qu'il faut dire pour sortir parce qu'ils ont tous le même discours. Et donc elle a été reçue toute seule dans un premier temps et en fait, le médecin est venu me voir en me disant « Bon, on va la faire sortir » (Daphné, ES, Service jeunes fugueurs)

Si le discours des adolescents fait souvent mouche, ce n'est pas tant, selon les enquêtés, car les soignants sont convaincus par leurs propos, mais parce que dans ce contexte de pénurie de place, tous les prétextes sont bons pour justifier des décisions de ne pas recourir à une hospitalisation. Les enquêtés font ainsi état, en outre, d'une minimisation de leurs propres observations, du déploiement d'arguments en défaveur de l'hospitalisation très discutables à leurs yeux : comme le fait que les adolescents aient avant tout des carences éducatives, n'aient pas commis de tentative de suicide, qu'ils ne dépendent pas du territoire, etc. :

Encore une jeune. Il y a quelque temps tu²³ m'en parlais. Ils ont orienté [au sein d'un hôpital de banlieue], mais elle habite dans un autre département. Ils ont dit « non, ce n'est pas chez nous, elle est à [département d'origine] », [L'hôpital du département d'origine], ils ont dit « bah non, nos urgences sont fermées ». Une jeune avec un gros risque, ce qui n'est pas anodin et elle est ressortie. Ce n'est pas la plupart des situations, mais ces derniers temps ça nous arrive un peu plus souvent qu'avant, donc on est un peu plus inquiet quand on oriente. (Hugo & Marlène, Psychologues, PAEJ)

Si la déshospitalisation dont on peut appréhender ici certaines conséquences devait être « compensée » par le développement du secteur extra-hospitalier, les enquêtés témoignent, comme déjà évoqué en début de partie, de difficultés importantes d'accès aux soins ambulatoires. Les commentaires sur les temps d'attente font légion et les grandes métropoles ne semblent pas non plus épargnées à ce sujet :

Quand on appelle et qu'on fait le lien avec le CMP, bah rendez-vous avec un psychologue dans un an, à la limite le psychiatre dans quelques mois. (Hugo et Marlène, Psychologues, PAEJ)

Inscrire un jeune en CMP, faire en sorte qu'ils puissent avoir accès facilement à un suivi psy. Aujourd'hui, c'est le parcours du combattant. (Albert, Cadre, ASE)

Ces difficultés d'accès embolissent la chaîne du soin en forçant les structures spécialisées dans la prévention et le pré-soin comme les PAEJ à mener de véritables suivis psychologiques, ce qui limite d'autant leurs capacités à se livrer à leurs missions premières et à s'ouvrir à un nouveau public. L'unique psychologue d'un tout petit PAEJ rencontrée au cours de l'enquête,

²³ S'adresse à un collègue dans le cadre d'un entretien collectif

raconte, en outre, comment la situation actuelle la conduit à tenter de dissuader les adolescents qu'elles rencontrent et leur accompagnateur de faire référence, lors de leur hospitalisation, au suivi qu'elle leur propose au risque que cela limite leurs chances de bénéficier, post-hospitalisation, d'une orientation vers un véritable suivi ambulatoire au long cours :

Ah moi je me suis déjà vu dire à des parents, vous ne leur dites pas que je suis dans le circuit, sinon ils ne vont jamais vous proposer de rendez-vous. Voilà. Triste. Des jeunes que je faisais hospitaliser justement pour crise suicidaire [nom d'un service pédiatrique] « non, ne dites pas » parce qu'ils vont ressortir, ils seront avec moi. (Rachel, Psychologue, PAEJ)

2.1.2 Une moindre ouverture

Le refus d'hospitalisation et les importants délais d'accès aux soins ambulatoires sont vécus d'autant difficilement par les professionnels de la protection de l'enfance qu'ils font face à un public généralement rétif à s'engager dans des soins de santé mentale :

Elle était ressortie avec un rendez-vous à la maison de l'ados, mais qu'elle n'a pas voulu honorer de par le lieu qui est hyper stigmatisé en tout cas chez nous et avec tous les jeunes, si tu vas là-bas, c'est que t'es fou. (Daphné, ES, Service jeunes fugueurs)

Ainsi les professionnels de la protection de l'enfance doivent-ils réaliser un important travail pour convaincre une partie des adolescents qu'ils accompagnent de s'inscrire dans un suivi ambulatoire ou de se rendre aux urgences dans la perspective d'une hospitalisation. Travail qu'ils mènent régulièrement au risque de la relation de confiance qu'ils cherchent à établir avec les adolescents :

Puis de toute façon, sur le moment elle était très en colère [...] parce que c'était ma faute. Je voulais l'hospitalier, c'était moi le mauvais voilà. Et elle n'entendait pas la notion de « c'est pour ton bien ». Enfin ce n'était même pas possible. (Daphné, ES, Service jeunes fugueurs)

S'il est coûteux pour les professionnels de la protection de l'enfance d'accompagner vers le soin, cet effort les rend d'autant plus exigeants quant à la « réception » et à l'accueil des adolescents du côté du soin : soucieux des propositions qui leur seront faites, mais aussi des manières dont les professionnels de la santé mentale seront en mesure ou non de reprendre à leur compte le travail d'adhésion aux soins qu'ils ont débuté. À ce sujet, les enquêtés expriment le sentiment, déjà évoqué, que les professionnels du soin, et notamment des services ambulatoires, ne sont pas toujours en mesure de faire preuve de l'inventivité et de la souplesse que requiert l'accompagnement d'adolescents en grande difficulté :

Il y a un CMP avec un psychiatre. Sauf que le jeune refuse et au fait, il est dans le déni et il n'adhère pas aux démarches de soins thérapeutiques et psychiatriques. Donc, du coup la psychiatrie nous dit « oui, mais écoutez, s'il n'adhère pas on ne peut pas l'accompagner ». [...] C'est compliqué parce que les psychiatres ils sont aussi du coup dans du flux permanent où ils ont très peu de moyens. Et du coup, ils n'ont pas le temps de faire un travail de qualité avec les gens. Ils sont plus dans de la quantité et on le voit parce que maintenant, pour prendre un rendez-vous dans un CMP ou dans une association de psychiatrie, il faut attendre 3 mois, 6 mois. Donc on le sait, qu'ils sont embolisés, débordés, c'est compliqué pour eux de faire du travail de qualité, donc d'aller vers le jeune, sachant que le jeune il ne va pas vers eux. (Eric, ES, Service jeunes majeurs)

Ces critiques sont l'occasion pour les enquêtés de faire valoir, par contraste, certaines initiatives, à leurs yeux, pertinentes. Ainsi après avoir expliqué que la Maison Des Adolescents avec laquelle elle travaille est trop « institutionnelle », une éducatrice décrit le fonctionnement, à ses yeux, pertinent d'une association locale de psychologues :

J'ai orienté aussi du monde vers [association] pour d'autres raisons, mais en plus eux jouent beaucoup sur l'interculturalité, donc ce qui aussi permet, vis-à-vis de certains publics, de créer une alliance thérapeutique, entre guillemets (je ne sais pas si c'est le terme) qui est plus facile. [...] Par exemple, au premier entretien, ils proposent du thé et du café autour d'une table ronde. [...] C'est convivial. Ce qui permet aussi pour certaines familles d'être moins anxieuses lors du premier rendez-vous. (Annie, ES, Service jeunes fugueurs)

Les équipes mobiles sont de même, régulièrement encensées pour la rupture qu'elles introduisent avec le modus operandi habituel des soignants.

Moi, j'ai travaillé avec eux [l'équipe Mobile], c'est trop bien. L'équipe mobile, c'est trop bien, ils vont là où sont les jeunes. Tac ils les prennent, ils vont dans un parc. Enfin voilà, c'est avec le docteur B là qui est parti. J'ai beaucoup travaillé avec elle et elle va chercher les jeunes. Elle les retrouve dans le café et voilà petit à petit ça se construit le lien/ (Sara, ES, Service Jeune Majeur)

2.1.3 Tactiques et alternatives d'accès aux soins

Les difficultés d'accès aux soins et d'adaptation de ces derniers ont pu conduire, de façon exceptionnelle, au développement de dispositifs expérimentaux comme, par exemple, les unités d'accueil pédiatriques enfants en danger (UAPED). Plus généralement, ces difficultés poussent les professionnels de la protection de l'enfance à développer des « tactiques » dans l'espoir d'augmenter les chances d'accès aux soins des adolescents.

Ces « tactiques » consistent généralement à mobiliser des professionnels du soin (pédopsychiatres, psychologues des établissements ou de l'ASE, médecins généralistes, infirmiers libéraux...) comme intermédiaires pour s'adresser aux services ambulatoires ou d'urgences dans l'espoir qu'ils s'avèrent plus convaincants :

[Il] peut servir de relais [...] quand il y a des nécessités d'une hospit, bah voilà, c'est pas du tout le même poids. On sait enfin, c'est très compliqué, souvent de faire hospitaliser un jeune. Avoir un médecin ici aussi c'est un poids quand même et ça ouvre des portes. (Ahmed, ME, Foyer d'urgences)

Dans le même ordre d'idées, alors qu'une adolescente va être accueillie, suite à un déménagement, au sein d'un service jeune majeur de la ville de X, la sous-directrice de l'association gestionnaire du service explique avoir pris attache avec la MDA de la ville d'origine de la jeune fille pour que les soignants contactent directement la MDA locale :

Alors ça, j'avais demandé à ce que la maison de l'ado de XX se mette en lien avec la maison de l'Ado de X, parce que c'est quand même plus facile quand c'est les deux maisons d'ados qui se mettent en lien que si c'est nous qui prenons notre petit dossier et qui appelons. (Mme H, sous-directrice, MECS)

Une partie des professionnels de la protection de l'enfance explique, en outre, solliciter des hospitalisations (comme coupe-file) dans l'espoir d'accélérer la mise en œuvre des suivis ambulatoires. Sur un de nos terrains, des rendez-vous de suivi ambulatoire sont, en effet, proposés systématiquement à l'issue des hospitalisations :

On avait biaisé, on était passé par les urgences [...] afin qu'elle soit hospitalisée [en pédiatrie]. Et de là un suivi à la maison de l'ados avait été mis en place [...]. Deux fois j'ai orienté des jeunes [en pédiatrie] en estimant qu'il valait mieux que j'utilise cette stratégie-là plutôt que d'aller [directement] à la maison de l'ado. (Annie, ES, Service jeunes fugueurs)

Notons enfin que lorsque, malgré leurs « tactiques », les professionnels de la protection de l'enfance ne parviennent pas à mobiliser leurs collaborateurs habituels (CMP, MDA, etc.), ils

peuvent faire appel, en dernier recours (et à condition d'en obtenir le financement), à des pédopsychiatres, psychiatres et psychologues exerçant dans un cadre libéral. Ils font néanmoins part de difficultés plus importantes à « collaborer » avec ces soignants qui auraient notamment tendance à préserver le secret de leurs échanges avec les adolescents :

Elle [une psychologue du CMPP] m'a rappelée quand même début d'année et j'ai eu un vrai échange sur la prise en charge de l'enfant [...]. On a accès relativement facilement. Ce qui est plus difficile, c'est en libéral, c'est plus difficile. [...] Le secret partagé, c'est plus difficile. Je pense qu'ils gardent leurs informations. (Mme S, psychologue, ASE)

2.2 Du côté des foyers

2.2.1 Violence, crises, rejet et accaparement

Du côté des professionnels des établissements d'accueil, l'accompagnement d'adolescents suicidaires ou présentant des équivalents suicidaires semble lié, de façon récurrente, à l'expérience de la violence et des crises de ces adolescents : une violence dont les formes paroxystiques ont consisté, parmi les récits de nos enquêtés, en une tentative d'étranglement, des menaces au couteau et des coups et blessures, mais qui s'exprime aussi par le biais de violences verbales et de crises clastiques. Les adolescents suicidaires sont souvent décrits, de même, comme présentant des troubles du comportement et, de façon plus récurrente, des troubles de l'attachement pouvant provoquer tout autant selon les cas (notamment selon le degré d'acceptation du placement) une fuite, une immense méfiance, un refus de l'accompagnement et un détachement des professionnels ou, à l'inverse, un accaparement des professionnels, un lien de grande dépendance, des attentes irréalistes à leur endroit, de très grandes difficultés à supporter leur absence (notamment durant leurs congés annuels). Un cas extrême évoqué étant celui d'un jeune garçon n'ayant pas supporté que son éducateur référent devienne père au point de provoquer son exclusion du foyer puis de ne plus parvenir, par la suite, à s'inscrire dans un quelconque établissement.

Du côté des professionnels des établissements, la cohabitation avec des adolescents suicidaires serait à l'origine de peurs importantes tant de ne pas réagir à temps que de mal réagir et de provoquer accidentellement des passages à l'acte. Ainsi certains professionnels témoignent de l'épuisement provoqué par leur hypervigilance au regard tant de ce qui pourrait arriver que de ce qu'ils pourraient générer (l'expression « marcher sur des œufs » revient régulièrement au cours des entretiens).

Selon une part non négligeable des professionnels, certains adolescents auraient en outre tendance à exploiter consciemment ou non leurs craintes de mal faire en se livrant à des « chantages » plus ou moins explicites au suicide et à interpréter les refus et les ajournements de leurs demandes comme le signe du peu de cas que les professionnels feraient de leur mort.

2.2.2 Conséquences sur les autres adolescents

Enfin, les professionnels font part de leurs inquiétudes quant aux conséquences de la présence d'adolescents suicidaires au sein des foyers, pour les autres adolescents qu'ils accompagnent. Inquiétudes quant aux risques de contagion suicidaire (des phénomènes d'imitation, d'actions en miroir, de socialisation des tentatives de suicide voire de concurrence entre les adolescents). Inquiétudes, de même, quant à l'impact, de la présence d'adolescents suicidaires, sur la qualité de vie des autres adolescents placés qui peuvent exprimer un véritable « ras le bol » des crises quotidiennes de certains de leurs camarades venant « gâcher » les moments de vie collective,

ou encore exprimer une inquiétude pour ces derniers peu propice à leur propre apaisement et pouvant raviver chez eux des traumatismes :

Il y a un jeune qui fêtait son anniversaire. Valentin est hospitalisé là actuellement. Et en fait, il expliquait que « bah mon plus beau cadeau d'anniversaire c'est que Valentin ne soit pas là ». Parce que c'est de la violence constamment, parce que c'est que de l'individuel avec les éducateurs. Du coup en fait, les jeunes sont délaissés parce que. Ouais, je pense que la vie au foyer, ça doit être... On ne réalise pas, mais ça doit être tellement dur. (Alice, IDE, Unité hospitalière de pédopsychiatrie)

En outre, les professionnels s'inquiètent de la propension de nombreux adolescents identifiés comme suicidaires, en raison notamment de leurs troubles de l'attachement, à se livrer à des manipulations des autres adolescents voire à les tyranniser :

Q : Vous avez été déjà confrontée à des situations de jeunes qui pouvaient subir des choses en interne [au sein des foyers] ?

Bah nous, on a plutôt accueilli des jeunes qui faisaient subir. C'est plus dans ce sens-là, ne se rendant pas compte du tout de la peur qu'ils pouvaient occasionner chez l'autre ou de la douleur. [C'est] très, très compliqué à travailler, ça : le fait de se mettre à la place de l'autre. (Sarah, IDE, MDA)

Alors aussi, elle a un problème de possessivité. En fait par exemple elle peut être amie avec une fille et du coup, la prendre pour un peu son amie. Et s'il y a d'autres filles qui ont le malheur d'être amie avec cette personne-là, elle va prendre ces personnes-là en grippe et dire non, enfin c'est la mienne. [...] Voilà, voilà, et ça je trouve que c'est assez particulier et donc du coup elle va mettre tout un stratagème pour mettre à l'écart l'autre personne en fait et forcément après ça crée des histoires parce qu'en plus elle ne gère pas bien ce qui peut se passer après donc du coup après ça peut monter très vite (Lydia, ES, MECS)

2.2.3 Conséquences sur les relations entre professionnels

Les adolescents suicidaires sont ainsi régulièrement « accusés » de provoquer des dissensions et des clivages que ce soit entre les adolescents accueillis, les membres des équipes éducatives ou entre les professionnels des différents établissements et services qui les accompagnent. Les professionnels insistent notamment sur la capacité des adolescents à susciter l'indignation des professionnels des services de soin au sujet des professionnels de la protection de l'enfance :

Et puis on sait qu'il y a des jeunes qui génèrent le clivage. [...] Et plus ils vont mal, plus ils génèrent ça (Dr G, Pédopsychiatre-chef, MDA)

Et puis comme en plus, un ado n'est pas bête, un ado il sait très bien que c'est facile de faire du clivage dans les institutions, entre les institutions et que s'il dit à telle institution que l'autre ne fait pas ce qu'elle doit faire, forcément, ça va réagir ... modérément, mais en tout cas il va quand même se passer quelque chose et on va dire « Ah quand même les éduc ! » [rires]. Non, mais, c'est vrai, c'est terrible, mais c'est vrai ! (Anna, ES, MDA)

Conclusion

Cette deuxième partie a été l'occasion de rendre compte des différentes embûches qui jalonnent le parcours de soins des adolescents sur lesquels porte cette recherche. Selon les enquêtés la chaîne de soins est « embolisée » de sorte que les différents acteurs du soin se trouvent tous en difficulté à leur niveau pour passer le relais. Ainsi les services de pré-soin de type PAEJ qui ne parviennent pas à orienter vers les services de soins ambulatoires, les services ambulatoires qui ne bénéficient pas d'un accès aux unités d'hospitalisation et inversement les unités

d'hospitalisation contraintes d'attendre la mise en œuvre de suivis ambulatoires pour laisser les adolescents sortir. Face à ces difficultés, nous nous sommes intéressés aux tactiques d'accès aux soins déployées par les professionnels de la protection de l'enfance auxquelles répondent des tactiques mises en œuvre, à l'inverse, par les adolescents rétifs aux soins pour ne pas être hospitalisés.

À ce sujet, cette partie a été l'occasion de décrire la situation particulièrement inconfortable des professionnels de la protection de l'enfance qui cherchent à convaincre les adolescents d'entreprendre un suivi de santé et se trouvent déçus, en quelque sorte, lorsque les soignants ne donnent pas suite à leurs demandes. En revers de ces difficultés, cette partie a été l'occasion de mieux cerner les pratiques « d'aller vers » et « d'hospitalité » attendues des soignants par les professionnels de la protection de l'enfance.

Elle a été, en outre, l'occasion de recueillir la parole des enquêtés – notamment des professionnels des foyers - au sujet des difficultés auxquelles l'accueil d'adolescents présentant une problématique suicidaire les confronte, et confronte les autres adolescents qu'ils accompagnent. Parmi ces difficultés, les enquêtés ont fait part de nombreux épisodes de violence et de la tendance de certains adolescents à créer des dissensions entre les professionnels qui les accompagnent et à les « discréditer » auprès de leurs collaborateurs.

3. Le faible investissement de la question du soin par la Protection de l'enfance

3.1 Faible prise en compte de la souffrance psychique

3.1.1 Le soin comme monopole des établissements et services de santé mentale

Si le fait qu'une partie de leur public soit sujette à de la souffrance psychique semble une évidence pour les professionnels de la protection de l'enfance, la plupart d'entre eux opèrent (comme vu précédemment dans la première partie de ce rapport) une distinction entre les adolescents dont la souffrance serait sincère et non adressée et les adolescents qui exprimeraient leur souffrance à dessein afin d'obtenir une compensation quelconque. Étant entendu que la souffrance des seconds ne saurait être réelle ou du moins prise en compte dans ces conditions. La grande majorité des enquêtés font en cela rupture avec le sens commun en ne considérant pas le placement et ce qui y a conduit comme des motifs « suffisants » de souffrance.

Ce parti-pris a raison de la possibilité de faire de la prise en compte de la souffrance un enjeu de fait de travail. Et il est remarquable que les professionnels rencontrés élaborent peu au sujet de ce que doit signifier en matière de réflexions et de pratiques le fait de travailler auprès d'un public faisant ou ayant fait, selon les cas, l'expérience de carences éducatives, de violences psychologiques, physiques, sexuelles, etc. Même dans les cas où les professionnels de la protection de l'enfance semblent tout à fait à même de décrire la souffrance des adolescents et les événements constitutifs de cette dernière, ils ne semblent pas s'octroyer un quelconque rôle dans l'accompagnement ou l'apaisement de celle-ci. Ainsi, par exemple, au sujet spécifique de l'accompagnement des adolescents suicidaires, les allusions des professionnels de la protection de l'enfance aux actions qu'ils sont susceptibles de mettre en œuvre sont des plus rares. Et lorsqu'ils font allusion à certaines actions (comme par exemple valoriser les adolescents, mettre en place avec eux des temps d'échange individuel, établir des relations privilégiées, leur faire montre d'empathie et d'une capacité à être touché, etc.) leur réflexion semble peu élaborée comme s'il s'agissait d'évidence au sujet desquelles il y avait peu de choses à dire et à penser. Notons, en outre, qu'on retrouve ce même « silence » à l'échelle institutionnelle. L'enquête

permet ainsi d'établir que les professionnels des établissements d'accueil ne réalisent pas d'entretiens de santé avec les familles et avec les mineurs eux-mêmes, ne mettent pas en œuvre systématiquement les bilans de santé incluant une visite en santé mentale, ne prennent pas contact avec les anciens établissements pour s'assurer de disposer des différents éléments de l'histoire médicale des adolescents. Sur le sujet plus spécifique de la prévention du suicide, les établissements investigués ne bénéficient pas non plus de protocoles, d'aménagements ou de dispositifs techniques tels qu'on en trouve dans les unités d'hospitalisation. Ainsi les équipements comme les téléphones DATI qui permettent d'alerter des renforts, les kits anti-suicide, la sécurisation des fenêtres, douches, etc., l'aménagement d'espaces dans lesquels les adolescents peuvent se retirer si besoin.

Il semble, en réalité, qu'aux yeux des professionnels de la protection de l'enfance, seuls les professionnels du soin soient à même d'agir face à la souffrance des adolescents. Ce faisant, ce dont se plaignent d'ailleurs les professionnels du soin, les professionnels de la protection de l'enfance entretiendraient des attentes « irréalistes » à leur endroit et omettraient tant le caractère décisif de leur propre travail pour la « réussite » des soins (le fait par exemple que les adolescents aient besoin de conditions de vie sécurisantes et satisfaisantes, de stabilité, d'attachements) que leur propre capacité à transposer et à reproduire une partie des gestes réalisés par les soignants (comme par exemple reconstituer l'histoire des adolescents et de leur placement, établir avec eux des « plans de sécurité », leur proposer certaines activités de médiation et des rituels (d'apaisement, d'endormissement), les aider à faire valoir leurs demandes, à revendiquer et à verbaliser, etc.). Ainsi, en sous-estimant leur propre mission auprès des adolescents en souffrance, les professionnels de la protection de l'enfance fragiliseraient plutôt que privilégieraient la démarche de soins.

3.1.2 Renforcement et aggravation de la souffrance psychique

Au-delà d'une difficulté à répondre à la souffrance psychique des adolescents, les professionnels de la protection de l'enfance sont couramment accusés de renforcer cette dernière. Les enquêtés déplorent ainsi différentes carences et violences institutionnelles.

Au sujet des services de l'ASE, les enquêtés regrettent le manque de places et de structures d'accueil adaptées. Ils dénoncent les dégradations des situations liées au retard de mise en œuvre des mesures ainsi que l'orientation fréquente d'adolescents nécessitant une surveillance accrue vers des dispositifs d'accueil inadaptés (hôtel, Foyer d'Accueil d'Urgences, service d'accompagnement à l'autonomie). S'ajoutent à cela des défauts, signalés à plusieurs reprises, de transmissions à d'autres juridictions (au pénal et aux juges des tutelles dans les cas notamment de maltraitements graves et d'inceste). Ces omissions seraient, selon les enquêtés, caractéristiques de la sous-évaluation des conséquences traumatiques du vécu des mineurs confiés et de l'importance d'établir la culpabilité de leurs agresseurs.

Du côté désormais des établissements d'accueil, les enquêtés soulignent aussi une tendance à la banalisation des violences et des défauts de vigilance, d'intervention et de réactions face à de graves maltraitements subies au sein des foyers ou dans le cadre familial (notamment de viols et d'agressions sexuelles). Ils pointent, par ailleurs, les effets délétères des exclusions des établissements qui renforceraient les difficultés des adolescents et précariseraient leur accompagnement en santé. Enfin, il est fait régulièrement état de jugements hâtifs et dévalorisants au sujet des adolescents ainsi que de négligences (manque d'attention, de constance et d'organisation) insécurisantes pour ces derniers.

3.1.3 Faibles formation et moyens

L'ensemble des enquêtés s'entend sur les difficultés de ressources humaines au sein des services de l'ASE et des établissements d'accueil. Le personnel serait en effectif trop réduit et insuffisamment formé au sujet du suicide²⁴ et plus globalement sur les questions de santé mentale. En outre, les enquêtés font part du sentiment que le recrutement au sein des foyers est de moins en moins exigeant et déplorent la présence de nombreux éducateurs non-diplômés, à faible niveau scolaire, ayant une lecture un peu « simpliste » des situations et peu de connaissances psychologiques et médicales sur lesquelles étayer leurs observations. Ils soulignent aussi les effets délétères pour les adolescents du turn-over des professionnels et du recours récurrent à des remplaçants.

L'enquête permet, de plus, d'établir qu'une part non négligeable des professionnels des établissements d'accueil n'a pas connaissance des dispositifs nationaux (comme par exemple le 3114) ou locaux (services de soins ambulatoires, unité hospitalière), ni de personnes ressources à même de les conseiller lorsqu'ils craignent qu'un adolescent présente une problématique suicidaire. Rappelons, comme déjà évoqué, que les professionnels des établissements d'accueil semblent dans leur grande majorité ignorer les possibilités de conseils offertes (du moins à leurs dires) par les services de soins ambulatoires et d'hospitalisation. Notons, de même, qu'il est très rare que des médecins interviennent au sein des établissements et que l'appui sur les médecins généralistes libéraux est loin d'être évident (une partie des adolescents placés n'ayant pas de médecins traitants du fait des manques de professionnels sur le territoire et de la mauvaise réputation des foyers en matière de gestion des rendez-vous, etc.). Soulignons enfin que lorsque des psychologues sont présents au sein des établissements, ils ne sont pas toujours identifiés par les éducateurs comme étant à même d'évaluer le risque suicidaire. Ainsi au sein des différentes équipes rencontrées, il semble que ce sont toujours un peu les mêmes professionnels (généralement des femmes, éducatrices spécialisées de formation) qui font appel aux psychologues, mettent en avant les enjeux de santé mentale et initient les accompagnements médicaux.

3.2 Côté soignants : conséquence du mauvais accompagnement en santé de la protection de l'enfance

3.2.1 Recours trop fréquent aux soins

Les professionnels des unités d'hospitalisation reprochent aux professionnels de la protection de l'enfance de trop les solliciter et de le faire couramment, faute d'autres pistes d'actions, dans des perspectives éloignées du soin. Ainsi, les enquêtés dénoncent les usages par les professionnels des établissements d'accueil des hospitalisations afin de se « libérer » des adolescents dont l'accompagnement devient trop difficile. On peut distinguer les hospitalisations de répit (qui permettent un « break » temporaire) et les hospitalisations de rupture (motivées, pas toujours consciemment, par un projet d'exclusion des adolescents). Les services de l'ASE et les juges des enfants peuvent, quant à eux, recourir à des prolongations d'hospitalisation par défaut. Ainsi, les « placements » à l'hôpital le temps de trouver un lieu d'accueil suite par exemple à une révélation d'un adolescent durant son hospitalisation précipitant son placement et empêchant pour sa sécurité un retour au domicile familial ou suite

²⁴ L'enquête le confirme, seuls deux éducateurs de foyer sur la cinquantaine rencontrée au cours de l'enquête avaient bénéficié d'une formation et ils n'en avaient bénéficié que parce qu'ils avaient exercé tous deux précédemment au sein d'un ITEP.

à une hospitalisation de rupture alors que l'établissement d'accueil d'un adolescent refuse de le réintégrer.

Les soignants dénoncent, de même, l'adressage « mécanique » des adolescents en grande demande de soins sans prise en compte des effets délétères des hospitalisations itératives, du va-et-vient à l'hôpital (le fameux syndrome de la « porte tournante », Capuano, 2012) et des risques de chronicisation. Les professionnels des unités d'hospitalisation insistent notamment, à ce sujet, sur le fait que l'hôpital est un lieu de rupture et non un lieu de vie de sorte que toute hospitalisation comporte le risque de briser les liens sociaux des adolescents et de rendre de plus en plus difficile leur participation à la vie sociale et leur intégration au sein de leur établissement d'accueil. Si les professionnels du soin comprennent le besoin de répit, à l'issue de crise, ils soulignent le caractère des plus temporaire de ce répit et les risques que la situation déjà difficile à supporter s'aggrave encore à terme du fait des hospitalisations. Ils expliquent notamment que l'attention particulière dont les adolescents peuvent faire l'objet à l'hôpital qui ne peut être reproduite dans un milieu ordinaire peut alimenter l'« avidité relationnelle » des mineurs présentant des troubles de l'attachement, multipliant, à leur sortie de l'hôpital, encore leurs exigences à l'égard de leurs éducateurs et de leur entourage au risque de rendre plus intenable encore qu'auparavant leur accueil et de susciter leur renvoi des établissements.

Pour finir, certaines orientations vers des services de soins ambulatoires sont aussi mises en cause. Ainsi les psychologues notamment décrivent une tendance des professionnels de la protection de l'enfance à orienter des adolescents (non volontaires ou n'ayant pas les capacités d'élaboration requise) vers des thérapies sans se questionner sur leur capacité à en tirer profit :

Le seul problème c'est que lui bah il vient bête et discipliné ici, mais bah voilà quoi, moi la dernière fois je lui demandais ce qu'il faisait pendant ses vacances. Il m'a dit qu'il allait voir un film au cinéma, il ne savait pas trop de quoi parlait le film. Donc on a regardé ensemble la bande annonce. J'avais l'impression de faire le boulot en fait d'un éduc quoi. Et il n'en est pas là. Enfin moi honnêtement je pense que je vais, on va acter, je reste disponible si besoin, mais je ne vais pas lui proposer quoi que ce soit. [...] Alors il vient parce que je pense que c'est important pour lui de se dire Bah voilà, on m'a retiré à maman pour que maman puisse me récupérer, il faut que je sois réglo, donc je viens, je fais tout bien. (Erika, IDE, MDA)

3.2.2 Défauts de connaissance et de soutien des adolescents : qui incarne le proche ?

Si l'adressage des professionnels de la protection de l'enfance est, selon les soignants, souvent excessif, il ne s'accompagne en plus pas toujours d'une véritable mobilisation dans l'accompagnement aux soins. Ainsi les soignants déplorent l'usage de l'hospitalisation pour se décharger et le manque d'investissement, à leurs côtés, des professionnels de la protection de l'enfance. Ces derniers seraient (comparativement aux familles des mineurs non placés) peu présents et sembleraient généralement plus soulagés qu'affectés par l'hospitalisation²⁵. Il faudrait bien souvent insister, lors de celles-ci, pour qu'ils viennent visiter les adolescents et leur apporter des affaires et ils porteraient peu de considérations au travail d'accompagnement au sein des services ambulatoires, laissant bien souvent des stagiaires ou des remplaçants qui ne connaissent pas les adolescents s'en charger. Ce qui aurait, par ailleurs, un effet désastreux sur la transmission des informations dans les deux sens de circulation (des foyers aux soignants et des soignants au foyer).

Ces limites dans l'accompagnement aux soins seraient d'autant dommageables qu'elles s'inscriraient, bien souvent, dans une continuité de négligences (celles des familles avant le

²⁵ Julie, IDE, Unité hospitalière de pédopsychiatrie

placement et des différents établissements ayant accueilli les mineurs), de défauts de transmission et de pertes d'informations. Des difficultés jugulées jadis par la fonction de « fil rouge » (Magne, 2017) des référents ASE, ce qui n'est généralement plus le cas désormais soit que les référents dépassés par le nombre de mesures soient peu investis dans les situations soit, comme c'est le cas au sein d'un des départements étudiés, qu'il n'y ait plus de référents ASE et que les mineurs soient confiés en délégation totale aux établissements d'accueil.

3.2.3 Chevauchements complexes entre la protection de l'enfance et les soins

Les professionnels des services et unités de soin soulignent enfin l'existence de chevauchements problématiques entre l'accompagnement dans le cadre du placement et l'accompagnement dans le cadre des soins. Ainsi, par exemple, à l'instar des professionnels qui les accompagnent, les adolescents peuvent faire des usages détournés des hospitalisations pour contourner les contraintes qui leur sont imposées et voir, par exemple, leurs parents ou échapper au quotidien du foyer. Le travail de soin peut aussi être compromis par la défiance développée par nombre d'enfants placés (suite à leurs expériences malheureuses de la protection de l'enfance) à l'endroit des institutions et des adultes qui leur proposent leur concours. Il peut, de plus, s'avérer des plus difficile d'associer (ce qui s'avère pourtant régulièrement nécessaire) les familles aux soins, du fait du caractère restrictif de certaines ordonnances de placement (absence de droits de visite) ou encore de la colère des familles suite au placement. Plus décisive encore pour la réussite des soins, la libération de la parole des mineurs est souvent entravée par la crainte d'alimenter par leurs discours des décisions qui leur seront imposées.

Cette partie fût l'occasion d'interroger la responsabilité de la protection de l'enfance dans la souffrance des adolescents tant en raison des violences institutionnelles que de la tendance des professionnels de la protection de l'enfance (à l'échelle individuelle comme institutionnelle) à ne pas s'attribuer de rôle spécifique pour aider les mineurs à faire face à leur souffrance psychique. Par ailleurs, nous avons vu, en ce qui concerne l'accompagnement en santé, que l'orientation des mineurs vers les établissements et services de soin était généralement le fait d'une minorité de professionnels. Et qu'en outre, une partie non négligeable des orientations vers le soin sont avant tout motivées par la nécessité de mettre les mineurs à l'abri faute de lieu d'accueil. Nous avons aussi découvert dans cette partie, les critiques des soignants au sujet de l'implication (jugée trop limitée) des professionnels de la protection de l'enfance à l'occasion des accompagnements médicaux ou durant les hospitalisations. Enfin, cette partie fût l'occasion de mettre au jour l'existence d'interférences entre les nécessités du soin (confiance des échanges, participation des parents...) et celles de la protection de l'enfance.

Conclusion

Cette quatrième partie était dédiée à l'étude des difficultés de collaboration entre les professionnels du soin et de la protection de l'enfance. Elle a été, en premier lieu, l'occasion de mieux saisir les insatisfactions exprimées, de façon générale, par les enquêtés quant aux difficultés de mise en œuvre des mesures de protection de l'enfance et d'accès aux services et établissements de soin liées à l'insuffisance de moyens économiques, humains et matériels. Elle a été, de plus, l'occasion de s'intéresser aux manquements de leurs collaborateurs, dénoncés par les enquêtés, qu'ils soient le fait de comportements individuels ou de fonctionnements institutionnels ainsi l'inadaptation et la rigidité de l'accompagnement proposé aux adolescents, la tendance à se décharger des adolescents difficiles sur les autres, à s'illusionner sur les

missions des collaborateurs, à mésestimer les difficultés de ces derniers, à ne pas les consulter, à dédaigner leur point de vue, etc.

Cette partie fût, en outre et centralement, l'occasion de chercher à identifier les « ferments » des difficultés de collaboration, soit les dispositions par lesquelles elles se renforcent. Plusieurs situations abordées au cours de la partie s'avèrent en cela caractéristiques. Ainsi, lorsque les professionnels des établissements et services de soin relativisent les difficultés de santé mentale des adolescents pour justifier leur non-hospitalisation ou l'importance des délais d'attente en discréditant ce faisant les professionnels de la protection de l'enfance dont ils semblent sous-estimer, le travail mené en amont de l'adressage (au risque d'importants conflits), pour convaincre et parfois contraindre les adolescents à s'engager dans des soins. Ainsi, de même, lorsque plutôt que les soutenir alors qu'ils font face à d'importantes difficultés relationnelles avec les adolescents, les autres professionnels prennent pour argent comptant les critiques (et accusations d'incurie) que les adolescents portent sur leurs collaborateurs. Ainsi, enfin, lorsque les professionnels de la protection de l'enfance adressent aux professionnels des services et établissements de soin un nombre d'adolescents qu'ils jugent excessif sans sembler se soucier des réalités de travail de ces derniers et sans même s'engager en retour à soutenir la démarche de soin, allant parfois jusqu'à l'abandon temporaire ou définitif des adolescents en hospitalisation, ruinant, au passage, tous les efforts d'apaisement des soignants et exacerbant les troubles, la défiance, la colère et la souffrance des adolescents.

Ces différentes situations, caractéristiques des tensions relationnelles entre les acteurs, permettent d'établir l'existence d'un double registre d'atteinte mutuelle. Notons que c'est avant tout sur le terrain de difficultés préexistantes que s'enracinent les conflits entre les collaborateurs qui s'atteignent, en premier lieu, en ne prenant pas la mesure de ce qu'ils vivent réciproquement et en ne cherchant pas à se soutenir, puis, en second lieu, en se défaussant, au préjudice de leurs collaborateurs, de la responsabilité des adolescents au prétexte que leurs interventions seraient vaines du fait que les adolescents poseraient (le raisonnement, quelque peu éculé, fonctionne dans les deux sens) soit excessivement soit insuffisamment problème.

Cinquième partie : Les défis de la prévention des risques psychosociaux et de la postvention face à l'indicible du geste suicidaire

Nous l'avons vu, le risque suicidaire n'est jamais complètement objectivable ni prévisible. Le trouble dans l'évaluation et, par voie de conséquence, dans l'orientation confine souvent les enfants aux « zones grises » des institutions c'est-à-dire aux marges de plusieurs dispositifs à partir de mécanismes similaires aux traitements rencontrés par les enfants dits « cas complexes » (Barreyre and al., 2008 ; Moisset, 2010). Le risque suicidaire produit notamment du trouble dans la localisation de la souffrance, car si elle est indéniablement du côté du public, elle concerne également les professionnels mis dans une situation d'impuissance (Gansel, 2016 ; ONED, 2008 ; Ravon & Laval, 2015). Comme le souligne Gansel, « ce “double trouble” est tout à la fois celui, “objectif”, de l'adolescent, et celui, “construit” dans un système institutionnel et contre-transférentiel, des professionnels et de leur malaise » (2016). En suivant cette perspective, explorer le malaise des professionnels constitue une porte d'entrée pour appréhender les limites du travail relationnel face au risque suicidaire alors que les blocages s'incarnent et se reproduisent dans des micro-interactions entre les professionnels et leurs usagers. En effet, la culpabilité, la peur d'être accusé, la difficulté à parler, les traumatismes professionnels entravent le travail réflexif et la construction collective d'un agir professionnel.

Ce malaise ne peut se comprendre que dans le contexte institutionnel, traversé par le risque suicidaire, dans lequel il s'éprouve. Des auteurs soulignent que le suicide est souvent un type de mort qui affecte la réputation et l'honneur ou encore les compétences d'une institution en l'occurrence ici de protection et de soin. « Les parents et les personnes de l'entourage des suicidés sont souvent des individus « discréditables », comme le dirait Erving Goffman (1963, p. 14), portant une partie du discrédit de la mort de leur proche. Mais les institutions dans lesquelles se produisent les suicides peuvent également subir le contrecoup de ces actes en termes de réputation » (Drongiti, Brossard, 2024). Cet acte jugé immoral vient donc porter l'opprobre, souvent sur la famille ou la communauté, et dans ce cas sur les services qui accueillent les enfants. Il s'agit donc de se protéger des morts « mauvaises » ou violentes (Thomas, 1988). S'ajoute au sentiment de désaveu de la vocation professionnelle, des contextes institutionnels traversés par le silence face à la problématique suicidaire, entre tabou, minimisation des conséquences et peur des représailles. Même si le traitement du risque suicidaire a évolué au sein de ces institutions, avec l'émergence des politiques de prévention notamment et leurs publicisations depuis les années 80, l'omerta qui entoure ce phénomène persiste. Autrement dit, le suicide revêt toujours une dimension d'intolérable structurée par le contexte moral et politique actuel comme en témoigne des recherches récentes (Drongiti, Brossard, 2024). Qu'est-ce qui est rendu indicible par le geste suicidaire pour les professionnels et par quels mécanismes sociaux et psychiques ? Quels sont les instances et les processus sociaux à l'œuvre qui déterminent les frontières du dicible et de l'indicible autour du suicide dans les institutions enquêtées ? La première sous-partie envisage la centralité de la culpabilité comme affect de la conscience professionnelle en situation de risque suicidaire. La seconde sous-partie traite des risques psychosociaux pour les professionnels confrontés au risque suicidaire et enfin la troisième sous-partie revient sur l'efficacité avortée des annonces de décès et des rites pour symboliser la mort en institution.

1. Une approche sociologique de la culpabilité face au risque suicidaire

La culpabilité est souvent mentionnée dans les études sur l'entourage des suicidants ou suicidaires (Deffontaines, 2019) et sur le deuil d'un suicidé (Seguin et al., 1994 ; Hanus, 2005 ; Huon, 2005 ; Faure, 2008) ainsi que sur le deuil professionnel à la suite d'un suicide (Constantino et al., 2013 ; Baba Neals, 2019, Pommereau et al., 1994, Bornstein, 2013 ; Kaufmann Didisheim et al., 2007). Devant le risque suicidaire, les pratiques professionnelles sont marquées, voire structurées par ce sentiment qui assaille autant les soignants que les intervenants sociaux. Mais que recouvre cette culpabilité plus précisément ? Auprès de qui et pourquoi les professionnels se sentent-ils fautifs ? Alors qu'en psychologie la culpabilité est considérée uniquement sous un prisme intrapsychique relatif au conflit interne du moi, les sciences sociales ont tenté de la saisir comme phénomène social. Dans cette perspective, la culpabilité est appréhendée à partir des liens interpersonnels, c'est-à-dire qu'elle est enracinée dans les relations sociales et qu'elle s'y manifeste comme un effet de ces rapports autant que comme une indication de ce qui les régit. « Les gens semblent se sentir coupables quand ils blessent, négligent ou déçoivent autrui et quand ils bénéficient d'un profit injuste par rapport aux autres ou aux dépens d'autrui » comme le constate Baumeister and al. (1994). En cela, les relations professionnelles dans le secteur du social et du soin constituent un terrain particulièrement fertile à la culpabilité (Coum, 2010 ; Parada, 2016) et, nous le verrons, en particulier quand il y a un risque suicidaire.

1.1 La culpabilité comme drame de la « conscience professionnelle »

1.1.1 Un désaveu de la vocation

La très grande récurrence de la culpabilité au cours des entretiens est particulièrement frappante, même si elle peut être suscitée vis-à-vis d'une constellation large de protagonistes (parents, jeunes, collègues et institutions). Dans le cadre de cette enquête, elle se réfère premièrement à la conscience professionnelle²⁶ (Clot, 2013), signe de l'intériorisation de normes propres au groupe professionnel et d'une certaine conception du « travail bien fait » qu'il s'agisse de tenir sa fonction soignante ou de protection. Cette impression de faute apparaît comme le signal de l'outrepassement d'une règle ou d'une défaillance quant à un engagement pris dans le cadre de sa fonction. Quand le suicide d'un jeune est avéré, par exemple, la culpabilité professionnelle est systématique. Les enquêtés font rétrospectivement leur auto-critique au regard des normes de bonnes pratiques. Rose, la directrice d'un service de placement pour jeunes majeurs revient sur le suicide de Lucie, une jeune femme de 20 ans :

On peut pas s'empêcher de se dire mince, qu'est-ce qu'on aurait pu faire ? Comment on aurait pu intervenir ? Est-ce qu'on aurait dû, pas dû la voir ? Enfin bon, vous savez. Il y a aussi une part de se dire est-ce qu'on a fait tout ce qu'il fallait, hein ? Parce qu'on avait même pas eu le temps de proposer une date hein [pour une synthèse pour évoquer le cas de Lucie]. On avait été alerté, on a pas eu le temps de proposer une date, mais est-ce que ça aurait changé quelque chose ? Est-ce qu'on aurait pu faire bouger les choses, la rassurer ? Je sais pas, je ne sais pas.

Souvent, le suicide remet en question la légitimité professionnelle : est-ce un échec de leur mission à protéger à soigner, à faire grandir dont ils portent la responsabilité ? Ont-ils fait leur travail correctement et en conscience ? Cet auto-jugement professionnel laisse alors place à toutes les formes de dévalorisation professionnelle comme le sentiment récurrent d'être

²⁶ « La conscience professionnelle est une manière de parler à la fois de ce qu'il y a de plus subjectif, de plus intime dans le travail, et d'une histoire sociale qui n'est pas seulement celle de chacun » (Clot, 2013).

incapable, impuissant ou démuni²⁷. Ce sentiment a la double caractéristique de marquer le désaveu de la vocation et d'agir comme attaque du professionnel, processus que nous avons constaté pour l'ensemble des corps de métiers représentés. Renaud par exemple, infirmier en hôpital pédopsychiatrique, confie que la culpabilité signe une remise en question de sa vocation soignante :

Il y avait pas de raison que ça se passe comme ça, mais bon, ça s'est passé comme ça et puis bah là on peut rien faire quoi. [il pleure] Et merde. Ouais, c'est hardos. Parce qu'à un moment donné, on se dit, mince, j'ai pas fait ce qu'il fallait, mais. C'est toujours là et enfin, ce qui reste en tant que soignant, c'est quand même, je pense, c'est la culpabilité de... parce que bon, il y a le serment d'Hippocrate chez les médecins, c'est vas-y, je suis là pour te maintenir en vie quoi. Et puis bah nous, les infirmiers, bah c'est un peu la même chose. Même si on n'a pas le rôle de prescripteur, mais... On est là pour soigner les gens, pour les réparer.

Il en va de même pour ce psychologue d'un PAEJ : « *Bah regarde, t'es pas un bon psychologue, elle a fait une TS* » nous explique-t-il. C'est ce que confirme l'article de Baba Neal (2019) pour qui les « thérapeutes-survivants », comme elle les nomme, décrivent le suicide de leur client comme « l'événement le plus perturbant de leur carrière professionnelle ». Cette vocation, qu'elle soit sociale ou soignante, est donc systématiquement contrariée par le risque suicidaire et avec elle l'illusion entourant cet engagement « corps et âmes ». Ajouter à ce drame de la conscience professionnelle que la culpabilité reste souvent portée de manière individuelle, comme l'empreinte d'une faute professionnelle. Elle entraîne un trouble dans l'identité professionnelle, voire une remise en question des choix et des compétences professionnelles, charriant avec elle de la dépréciation et du doute. Quand le passage à l'acte est vécu comme un échec professionnel, l'identité professionnelle s'en trouve mise à mal ce qui peut infléchir les pratiques professionnelles ou la carrière. Mais cet infléchissement ne s'avère pas seulement douloureux ou négatif, car la culpabilité possède une dimension structurante (Borenstein, 2016)²⁸.

Alors que ce sentiment vient souvent se brancher sur la relation entretenue par les professionnels avec les mineurs, il agit aussi comme révélateur d'un déséquilibre relationnel et impose potentiellement d'y remédier. En convoquant la conscience professionnelle, cet affect, aussi désagréable soit-il, vient susciter ou ressusciter un engagement intersubjectif ou imposer une mise à distance. Comme le montre l'entretien collectif qui suit avec Nathalie, infirmière, et Jean, directeur d'un hôpital pédopsychiatrique, la culpabilité naît à l'endroit où les mineurs, assez démunis pour exprimer leur ressenti de souffrance, trouvent le moyen de rendre les soignants coupables en jouant sur les failles ou les manquements de surveillance. C'est également ce que confirme Christophe, le directeur d'un foyer MECS, qui constate qu'un défaut de surveillance viendrait tout de suite sur « le terrain de la culpabilité ». Elle devient alors une ruse et un levier pour inverser une situation de domination ou d'incompréhension comme Baumeister le souligne également. Elle « peut être une technique d'influence interpersonnelle qui permet même à des personnes n'ayant que peu de pouvoir d'atteindre leur objectif » (Baumeister et al., 1994).

²⁷ Comme le souligne Dugué, « la particularité de la culpabilité c'est qu'elle engage un processus de dépréciation narcissique qui repose sur une différence de perception entre l'image de soi-même et ce qu'on est réellement. » (Dugué, p. 88).

²⁸ « Le fait de se désigner comme responsable agit comme un garde-fou psychique face à la dimension effrayante d'un passage à l'acte inintelligible » (Borenstein, 2016, p.60).

Infirmière : Voilà en fait, on est pris dans les liens comme ça tout le temps. Voilà donc on rentre chez soi et on se dit, « ouais, voilà, j'aurais dû enlever ça parce qu'avec ça elle s'est fait du mal. Elle s'est scarifiée si j'avais enlevé, mais j'ai pas vu, j'ai pas fait attention, j'ai pas été vigilant » et on rentre chez soi et on est hyper mal parce que c'est ce qu'ils nous font vivre les patients comme ils font vivre ça à leurs parents et c'est ça qu'on doit analyser pour pouvoir garder la tête sur les épaules et se dire « Bah ouais, en fait, j'ai fait une erreur ».

Directeur : Ouais, erreur ou pas erreur?

Infirmière : Ou pas erreur. On est pris dans le filet de la pathologie de cette jeune qui passait son temps à nous dire. « Eh Ben oui, voilà, j'ai gardé un couteau et c'est le couteau qu'on peut prendre dans la cuisine ». En fait, ils trouvent les failles. [...] Moi j'étais là quand elle s'est fait mal avec le flacon et qu'elle m'a dit en souriant, « Ben en fait, on me l'a laissé dans ma trousse de toilette » avec un sourire. [...] Elle sait que c'est interdit, que c'est un bout de verre, qu'on fait attention au bout de verre, ect. Donc il y a une forme de jouissance chez la patiente de nous avoir un peu bernés quoi quelque part, en sachant que si elle veut se faire du mal. Elles peuvent se faire du mal avec plein d'objets autour d'elles autres que ce petit bout de truc là. Donc là on est pris dans sa relation à l'autre qui n'est pas... Qui n'est pas de bon augure quoi c'est sa pathologie en fait. (Entretien collectif, Jean directeur médecin et Nathalie, infirmière, unité d'hospitalisation pédopsychiatrie pour adolescents)

Sans la parole des jeunes dont il est question dans cet extrait, impossible de saisir tous les contours de leurs gestes. Cherchent-ils à créer un lien en attisant le poids de culpabilité ressenti par les professionnels ? Au contraire cherchent-ils à signifier que ces adultes sont manquants, incapables de protéger, ou encore cherchent-ils à se venger ? Si ces questions ne peuvent trouver de réponses univoques et générales, en revanche, « faire culpabiliser » devient fondateur d'un lien, voire de son empreinte indélébile pour les soignants et les travailleurs sociaux dans la mesure où les professionnels se préoccupent, s'inquiètent et s'interrogent sur leur responsabilité. Les projections que les adultes, exposés au silence et au manque d'élaboration sur ce qui a conduit les jeunes à se soustraire au regard, à dérober des objets tranchants ou à avaler des médicaments, restent souvent comme une question, voire une honte face à une si dramatique conséquence pour une inattention si minime. Dans le témoignage de ces deux soignants, la culpabilité agit comme signal d'un surinvestissement qui appelle à baisser le niveau d'attente vis-à-vis de soi-même alors que les professionnels mis en défaut dans le dispositif de surveillance se font le devoir de porter le souci de soin et de sécurité des jeunes. À l'inverse, elle peut également interpeller à l'endroit de leur carence pour raviver leur attention à l'autre. La culpabilité aurait donc aussi pour fonction de renforcer ou parfois de maintenir la relation ou de la créer (Baumeister et al., 1994). En devenant pour les jeunes, un levier (sans doute inconscient) pour agir sur autrui, faire culpabiliser est un pouvoir pour réassigner le professionnel à son rôle de soin et à un engagement intersubjectif auquel il ne peut se dérober. Renaud, infirmier en unité pédopsychiatrique, explique par exemple que la culpabilité lui permet de se remobiliser quand il est trop préoccupé par sa vie extérieure. À cet égard, ce sentiment, aussi désagréable soit-il, peut être « une importante émotion motivante dans l'échange de soin », dans le maintien d'un souci mutuel et de protection des liens interpersonnels (Baldassar 2010). En tant que témoignage du souci de l'autre, voire d'affection, d'inquiétude, la culpabilité réitère l'engagement professionnel et peut rassurer autrui.

Notons enfin que la culpabilité est souvent majorée par la proximité des liens avec les jeunes dans les lieux d'accueil. Elle peut être d'autant plus prégnante que l'attention requise quand il y a risque suicidaire se fait souvent au détriment de l'attention portée au reste du groupe d'enfants dans les foyers. Si une tentative se déroule dans un lieu de placement de ce type, les barrières apparaissent encore plus ténues pour se protéger des effets de responsabilisation individuelle. La culpabilité est donc inégalement répartie puisqu'elle serait majorée par les

effets de proximité avec le public. Les assistants familiaux en sont un exemple paroxystique, mais on retrouve des mécanismes similaires dans les foyers de l'enfance où la vie quotidienne est centrale :

Et il y avait du coup toute la culpabilité, à la fois vis-à-vis de la jeune, de se dire en fait, si elle est passée à l'acte, c'est parce que j'ai pas fermé le cadenas. Et puis à la fois, vis-à-vis du service en disant, mais en fait on m'engage, on me fait confiance pour accueillir quelqu'un et en fait bah je suis pas capable de fermer un placard. Et puis après la responsabilité vis-à-vis des parents et la responsabilité vis-à-vis de l'aide sociale à l'enfance. Et puis après le côté de « mais vous allez le marquer dans le rapport qu'elle a fait une TS ». « Ah oui », « mais du coup le juge, il va le savoir », « oui », « mais il va en penser quoi alors le juge », « c'est pas votre procès, tranquille ». (Benjamin, éducateur de placement familial)

La culpabilité semble ainsi proportionnelle à l'engagement et à la proximité et peut s'avérer contreproductive quand son excès conduit des individus à abandonner « une relation simplement pour éviter des états émotionnels désagréables » (Baumeister et al., 1994). Quand les exigences de soin sont trop importantes pour être assurées, les professionnels peuvent se désinvestir de leur tâche de soin et de protection afin d'éviter des sentiments de culpabilité écrasants. Par le franchissement d'une limite soit qu'il s'agisse d'un surengagement ou d'un désengagement, la culpabilité rend visible et active l'existence et l'intériorisation des normes émotionnelles qui circulent tant dans l'espace professionnel que dans la vie personnelle.

1.1.2 Une éthique du dévouement coupable

En outre, elle apparaît en étroite coexistence avec une forme d'éthique du dévouement. Elle mobilise en cela des ressorts intimes et profonds sur l'engagement subjectif en jeu dans le travail de soin et d'accompagnement pour chacun des professionnels. Cette dimension est particulièrement visible quand la culpabilité ne s'appuie sur aucun élément objectif, de fautes avérées en référence aux normes du travail. Bien que les professionnels se soient acquittés de ce qu'ils avaient à accomplir, le sentiment de faute persiste, révélant ainsi les attentes subjectives propres du professionnel. Elle s'enracine alors dans des dispositions parfois sacrificielles et dans un idéal de métier.

Quand cet idéal d'aide et de soin est trop investi, faisant référence tantôt à une idéologie « du sauveur » ou « de l'excellence », la culpabilité est suscitée chez ceux qui ont la sensation de ne pas « être à la hauteur » de la tâche à accomplir, donc d'être « des ratés » (Coum, 2010, Parada, 2016). Pour Abraham Franssen (2019) ce « mode de gestion identitaire » aux intentions narcissisantes où la figure du professionnel se définit implicitement comme un acteur porteur d'une « mission de sauvetage », sert à produire une image positive de lui-même et à se légitimer. Renaud, l'infirmier en pédopsychiatrie précédemment cité raconte son sentiment de culpabilité alors qu'un patient de son unité a fait une TS par pendaison. « Il avait déjà vraisemblablement installé les lacets pour se pendre et en fait j'ai pas vu ». Même si à ce moment il avait senti intuitivement le danger, il est allé surveiller ce que le patient tramait, mais il raconte « j'ai pas vu, j'ai regardé, mais j'ai pas assez regardé ». En repassant quelques minutes plus tard, le patient était pendu à ses lacets. Il donne l'alerte à toute l'équipe, le patient est sauvé. À la suite de cette tentative de suicide, Renaud est valorisé par ses collègues, tandis qu'il garde intimement le sentiment persistant d'avoir failli à sa mission. Pour ses collègues, il a été réactif, il a pu lancer l'alerte à temps pour empêcher le décès alors que lui se reproche de n'avoir pas pu anticiper le passage à l'acte suicidaire en amont. Il est ainsi courant de voir la culpabilité persister au-delà de la reconnaissance qu'aucune erreur n'ait été commise. Dans ce cas l'équipe n'y peut rien, malgré les phrases rassurantes dites à cet infirmier « en fait non, t'as, assuré »,

« *Heureusement que tu l'as vu parce que sinon il serait mort* ». Cette situation où le soutien de l'équipe ne permet pas d'épuiser le sentiment de faute est fréquente. Comme cet éducateur d'un service de l'ASE croyant porter la « poisse » suite aux décès de deux de ses référentes. Ces situations sont portées comme le signe d'une défaillance personnelle voire même comme une malédiction relevant d'un registre religieux ou superstitieux loin d'une rationalité professionnelle.

Enfin, ce drame de la conscience professionnelle est majoré par les effets de résonances intimes et les dispositions personnelles construites par une socialisation au *care* dans la famille d'origine. La culpabilité semble d'autant plus forte chez nos enquêtés qu'elle peut réactiver un traumatisme personnel en lien avec la problématique suicidaire. Alors que de nombreux professionnels ont pu nous dire « *on travaille aussi avec nos affects et avec nos propres traumas* », ces événements biographiques permettent indéniablement d'acquérir des compétences expérientielles où les affects et les blessures sont reconnus comme une matière d'implication subjective dans le travail éducatif ou soignant. Cette résonance intime est, semble-t-il, un moteur d'engagement - ces événements biographiques tragiques peuvent avoir contribué à déterminer les choix professionnels - puis d'action (une plus grande sensibilisation au risque suicidaire, la prise en compte des signaux d'alerte pour une plus grande efficacité de la prévention). « *Il faut avoir une vigilance un peu de tous les jours de la part des éducateurs de proximité ou même de nous en fait* », nous décrira cette assistante sociale d'un service jeune majeur, ayant elle aussi traversé ce drame dans sa vie intime.

Quand cet idéal de soin exigeant relève d'une socialisation personnelle au dévouement, les normes sont plus écrasantes encore pour les professionnels en réactivant le sentiment de culpabilité ressenti vis-à-vis de sa famille. Daniel, le psychologue d'un CMPP, nous raconte que sa vocation professionnelle est marquée par sa socialisation au rôle de soin auprès de sa sœur atteinte de bipolarité. violemment marquée par le suicide de cette dernière qu'il s'est senti impuissant à aider, l'inquiétude qui le gagne professionnellement face à ses jeunes patients suicidaires lui évoque cette épreuve douloureuse. Dans cette réflexion sur son angoisse professionnelle, il s'interroge :

Est-ce que j'ai tout fait comme il faut le faire ? J'ai fait une demande d'hospitalisation immédiatement, je suis en réseau avec la psychiatre, l'ASE, l'assistante sociale, l'hôpital. Je la surveille comme le lait sur le feu, je lui donne deux rendez-vous par semaine après. J'ai été violemment affecté le soir même, mais je suis pas angoissé.

Ainsi, la culpabilité trouve davantage à être bordée dans son rôle professionnel que d'aidant familial où, dit-il, il s'est retrouvé face à un « *puits sans fond* ». Autrement dit, les actes dans le cadre professionnel trouvent une limite contrairement à l'accompagnement de sa sœur. Ainsi, la double part accordée au souci des autres dans la vie intime comme professionnelle peut raviver l'auto-reproche que l'on sait très présent grâce à la littérature sur les proches d'un suicidé. Pourtant ce cadre professionnalisé sublime aussi une part de cette culpabilité qui est limitée par un répertoire d'action et de gestes professionnels.

1.2 Chercher des coupables

Pour de nombreux auteurs, dont Carlos Parada, le mécanisme de culpabilisation dans les institutions soignantes émerge après une période d'impasse et de souffrance, et de manière concomitante à des situations d'accusations et de reproches (2016). Autrement dit, l'auto-reproche sur un mode plus individuel s'inscrit aussi dans un contexte plus large institutionnel, social, médiatique et politique qui peut favoriser la recherche de coupables. Et ce d'autant plus

que le suicide ou sa tentative vient travailler les frontières de l'intolérable dans les institutions parce qu'il marque la violation d'une limite morale. C'est ce que souligne Pommereau qui constate que le geste suicidaire est souvent vécu comme une attaque de l'institution par le suicidant. S'ajoute à cela le fait que l'entourage de l'extérieur peut également faire porter la responsabilité du suicide sur l'institution : « famille, instances administratives, éventuellement soucieuses de se décharger du fardeau de l'évidence de leurs propres implications ou imperfections » (Pommereau et al., 2007).

La dimension socialisée de l'activité renvoie le professionnel à tous les autres acteurs, notamment les collègues et l'équipe, mais aussi à la famille, la police, la justice. À la suite d'un suicide, les processus d'enquête dans les institutions, les accusations, la recherche de bouc émissaire, des climats délétères de mise en cause mutuelle, les suspicions mettent particulièrement à mal les professionnels alors que réside à leurs yeux un flou sur les limites de leur responsabilité sociale, morale ou pénale. Suite à une TS dans une microstructure, Jeanne, éducatrice, nous rapporte les échanges de son équipe qui s'en sont suivis :

Mais c'est quoi notre responsabilité s'il se passe quelque chose ? Si la gamine, elle se défenestre ? C'était une vraie question qu'ils se posaient (les membres de l'équipe) enfin de « quelle est ma responsabilité à moi en tant qu'éducateur ? Il y avait quelque chose d'une peur d'être responsable.

Cette peur surgit à la fois d'une incertitude sur le périmètre de la responsabilité, au sens juridique et d'une responsabilisation plus symbolique qui ne trouve pas non plus de limite claire. De manière générale, les réactions des enquêtés face aux contrôles institutionnels montrent qu'ils réactualisent la crainte de la faute professionnelle. Chaque mort d'enfants donne lieu à une enquête policière dans les lieux d'accueil, pour en déterminer les circonstances, notamment s'il s'agit ou non d'un suicide. Pour Christophe, l'un des directeurs de MECS ayant connu un décès dans son établissement d'origine, il y a une dimension « inquisitrice » dans cette démarche. Lors de cette mort, la peur des accusations était partagée par tous les acteurs de l'institution. Les syndicats se sont d'ailleurs rapprochés des intervenants sociaux présents ce jour-là pour les prévenir : « *Peut-être qu'on va mettre en cause ta responsabilité, est-ce que tu as pensé à te protéger ?* ». Un contexte institutionnel accusateur majore la peur des représailles comme la perte de son travail ou d'une disqualification des compétences :

Bah par exemple par l'ASE, vous voyez, on a tout de suite regardé ses plannings [directeur du foyer], voir s'il était pas en faute donc il y a tout ça. Et puis après bah voilà je vous dis soit par exemple hein, il y a une photo de la tombe avec marqué « Que fait l'institution ? » C'est violent quoi. [...] Et tout ce qui est autour après, hein : L'enquête de police, l'enquête de l'Ase qui dit « où vous étiez ? combien vous étiez ? quelle présence ? ». (Christophe, directeur d'une MECS et d'un foyer d'urgence, ancien éducateur spécialisé)

C'est moins les conséquences pénales ou administratives de ces enquêtes sur l'établissement des responsabilités qui nous ont été rapportées que les sentiments suscités par l'enquête même.

Pour les collectifs de travail, le risque des accusations mutuelles constitue également une épreuve. Si défaut de surveillance il y a eu par exemple, lors de l'accueil d'un mineur suicidant, l'erreur ou le manquement se transforme souvent en charge accusatoire dans les équipes. Revenons à cet échange avec Nathalie, infirmière et Jean, directeur de l'hôpital pédopsychiatrique. Nathalie met en garde : « *Si on n'a pas de recul, on pourrait passer notre temps à dire « Eh Ben voilà, le travail était mal fait. Si la collègue elle avait fait ça ...* ». Pour elle, une tentative de suicide s'appuyant sur les failles du dispositif de surveillance, est une « *attaque* » qui favorise les jugements des uns sur les autres. Mais ces normes du « *bon professionnel* » sont contre-productives en ce qu'elles favorisent « *la guerre* », au détriment de

l'entraide. « *Et on a souvent la guerre ici*, nous dit Nathalie, *c'est souvent un feu à sang dans les propos* ». Être confronté à des accusations publiques ou être menacé de l'être ne cesse d'alimenter la culpabilité et sa circulation en favorisant les postures défensives qui mettent fortement à mal les solidarités collectives.

Une autre modalité fréquente est aussi de rejeter la faute sur les contextes de travail (le manque de temps, la cadence, le turn-over, les décisions institutionnelles, etc.). Le fait d'avoir respecté les protocoles, le travail tel qu'il est prescrit permet de trouver des limites objectives à un sentiment de faute parfois irrationnel. Alors les reproches des équipes sont fréquents envers la direction, comme dans le cas d'un jeune renvoyé d'un foyer après avoir frappé un éducateur et qui s'est suicidé quelque temps après. Un éducateur accuse son chef de service :

Je me revois me battre pendant 3 mois en disant « Je comprends pas pourquoi on le réintègre pas, pourquoi ? » Il a mis une gifle à un adulte, putain ! Pourquoi ? Et je me rappelle avoir mis ça dans la figure de mon chef de service. « C'est à cause de vous qu'il est mort ». Ouais. C'était moche de faire ça, c'était moche pour lui, mais il portait aussi la décision de sa direction, hein.

Cette prolifération après coup des reproches s'accompagne d'une sorte d'occultation de la souffrance face au drame (TS ou suicide) qui ouvrirait pourtant davantage à la recherche « d'une solution » (Parada, 2016). A partir de ces climats délétères, le travail collectif et institutionnel devient dysfonctionnel en ce qu'il ne permet pas de traiter la souffrance et le problème initial ni d'élaborer collectivement pour y faire face.

S'ajoutent les accusations venues de l'extérieur, celles des parents qui sont assez fréquentes dans le cas d'un suicide avéré de leur enfant, mais qui ne sont pas non plus systématiques. Le travail de la direction consiste à recevoir et prendre en charge cette colère et la contenir. Rose, directrice du service jeunes majeurs, rapporte les propos d'une famille très en colère contre les services sociaux : « *Ben comment ! Elle vous est confiée et elle vous est confiée. Et puis du coup voilà le résultat* ». C'est ce que décrit dans une autre situation un directeur de MECS :

La maman, évidemment, était très fâchée contre l'institution.

Q : Elle a réagi comment ?

Elle en a parlé dans les médias, elle a refusé tout contact après avec nous. Elle a souhaité qu'on ne participe pas aux obsèques de la jeune fille, ça avait été un petit peu difficile pour certains jeunes qui auraient souhaité y aller. Donc ils ont pu se rendre sur la tombe de la jeune fille depuis. Et certains professionnels et certains jeunes étaient assez choqués parce que la sépulture est vide en réalité, il n'y avait rien, il n'y a pas de tombe à proprement parler. (...) Donc c'est sans doute une manière, de voilà, d'évacuer leur colère, de trouver un responsable.

Q : Comment l'institution, elle l'accueille justement cette colère-là ?

De manière bienveillante bien que ça peut susciter l'agacement du directeur parce qu'il a été lui-même particulièrement touché. Bon, voilà parfois le fait qu'on puisse s'en prendre à lui alors qu'il est très impliqué, que lui-même était assez choqué. Du fait qu'il y ait pas de de sépulture a sans doute été un peu difficile pour lui à vivre/ (Christophe, directeur d'un foyer MECS et d'un foyer d'urgence, ancien éducateur spécialisé)

Alors que le suicide d'un mineur peut susciter la colère vis-à-vis de l'institution, la publicisation des suicides dans la presse (cf Annexe 3) ajoute à la colère des familles le risque d'une pression sociale plus large. Une manifestation organisée le 7 mai 2024, par le comité Vigilance, est en cela particulièrement exemplaire de la manière dont la question du suicide peut être l'objet d'une réappropriation politique. Comme le soulignent Brossard et Drongiti (2024), « du suicide assisté au harcèlement scolaire, en passant par le lieu de travail, la question suicidaire s'est ainsi installée dans le paysage politique et médiatique. Sorti de la sphère singulière du privé, il

devient le lieu d'un combat, moral et politique, parfois d'une actualité médiatique aussi intense que brève, où luttent des acteurs aux intérêts divers ». Cette manifestation s'inscrit dans une double séquence politique à la fois la publicisation du suicide d'une jeune fille placée à l'hôtel et la mise en œuvre d'une cellule d'enquête parlementaire sur les dysfonctionnements de la protection de l'enfance. Le comité Vigilance, constitué de personnes directement concernées en tant qu'anciens enfants placés, qui participent de cette commission a été le lanceur d'alerte du suicide sur les réseaux sociaux, information vite relayée par la presse. L'organisation de ce rassemblement a permis de faire de cet événement une cause nationale. Reprenant les registres d'action collective des féminicides, les noms des enfants morts à l'ASE sont inscrits sur des banderoles au fond noir, des discours d'hommage sont lus par leurs proches, le tout organisé avec une uniformité vestimentaire (le t-shirt blanc avec le logo rouge du comité) sous les fenêtres de l'Assemblée. Par l'affichage des noms des morts, il s'agissait de leur rendre hommage et de leur donner une existence, de ne pas laisser ces morts dans l'ombre et le silence, de les rendre visibles comme symptômes des dysfonctionnements institutionnels plus larges, de mettre à l'agenda politique les politiques de protection de l'enfance tout en établissant un rapport de force par la politique compassionnelle liée aux faits que les enfants morts ont souvent une puissante charge émotionnelle pour l'opinion publique.

Cette crainte d'être exposé à l'agressivité, à des mises en cause publique participe à alimenter la peur d'être rendu responsable d'un drame. Alors que la colère est également fréquemment ressentie (plus ou moins consciente), car le suicide est aussi une violence faite à l'entourage (Fauré, 2009), elle est davantage focalisée sur autrui dans une dynamique de désignation de boucs émissaires (recherche d'un coupable, d'une défaillance). « *L'émotion fait alors l'objet d'un mécanisme de retournement défensif* », comme l'affirme Marion Borenstein (2016). Pourtant, nous allons le voir, cette recherche de responsabilités se fait souvent au détriment d'un réel examen autocritique et réflexif, qui peut contribuer au travail du deuil (Pommereau et al., 2007). Trouver les coupables ne permet pas de revenir sur la souffrance, de la mettre en mot, de faire un examen réflexif et critique de la séquence traumatisante tandis que ces climats suscitent plutôt des crispations délétères entravant le travail, la solidarité collective et le lien symbolique des professionnels à leurs institutions par des postures défensives.

1.3 Les mécanismes de défense collectifs : « on n'est pas tout puissant »

Si cette culpabilité est souvent portée individuellement par les professionnels, en revanche, le travail de réassurance devient lui collectif. La déculpabilisation et la déresponsabilisation constituent des mécanismes de défense mobilisés collectivement à partir d'un retournement du stigmat. Autrement dit, la dévalorisation professionnelle liée à la faute potentielle devient l'occasion de reconfigurer un nouveau rapport à la professionnalité par l'acceptation de la non-maîtrise. Une posture professionnelle d'humilité et de conscientisation des limites de sa propre action sert à se relégitimer professionnellement quand l'identité professionnelle a été ébranlée. Des phrases très récurrentes comme « on n'est pas tout puissant », « il faut être humble » « il faut accepter que des choses nous échappent » « on ne peut pas surveiller tout le temps, si un jeune veut vraiment se tuer il y arrivera », « Bah moi je suis impuissant face à ça. Moi je ne suis pas Dieu quoi », en constituent quelques exemples.

Il y a des choses sur lesquelles on ne peut pas vraiment agir en fait. Il faut être assez humble, pourquoi elle ne peut pas venir alors qu'on est là, on est payé pour ça, voilà, c'est ... il faut pouvoir le supporter, sinon, c'est ça le travail difficile, c'est de supporter que malgré tout le dispositif qui est là pour eux ça ne se passe pas comme on aimerait que ça se passe quoi. C'est

ça qui est le plus difficile. (Entretien collectif, Nathalie infirmière, unité d'hospitalisation pédopsychiatrie pour adolescents)

Dans cette perspective, la culpabilité traitée par un « je ne suis pas tout-puissant » pourrait s'apparenter à de la dénégation²⁹, très heuristique pour comprendre précisément ce qui s'engage dans le travail. Autrement dit, « je ne peux pas tout » se substituerait à la croyance « je peux tout », révélant ainsi l'existence de cette rhétorique du « sauveur » mise à mal par l'expérience et l'ancienneté. Éric, éducateur dans un service jeunes majeurs, âgé d'une cinquantaine d'années, considère incontournable d'« *avoir conscience de ses limites en tant que travailleur social* », fruit d'une expérience professionnelle accumulée et d'un travail sur soi en profondeur. Ses propos sont aussi confirmés par un psychologue en CMPP :

Voilà là, il y a un côté, c'est pas le fatalisme. Mais je pense que c'est quelque chose qui se disait il y a quelques jours, quand vous êtes venu en haut, là. Des collègues disaient « Bon après, on ne peut pas tout, on est pas tout puissant ». Voilà et là, il y a peut-être un mécanisme de défense-là qui se met à l'œuvre en me disant « Je fais tout ce que je peux de ma place après... ». Je suis pas tout-puissant, je suis à ma place, de ma place, j'estime faire tout ce qui est possible après... Je vais pas l'emmener chez moi pour ... et qu'est-ce que ça changerait ? Le fait même de dire je vais pas l'emmener chez moi, vous connaissez l'histoire de la dénégation, C'est que c'est présent. Il y a un côté, on peut vaciller, sortir de son rôle, se dire il faut que j'aille plus au-delà de mon rôle, de ma place. Mais non, c'est pas possible.

Q : C'est quoi l'histoire de la dénégation ?

L'histoire de dire, à partir du moment où on dit, « je vais pas la ramener chez moi pour la protéger », le fait de dire « je vais pas la ramener chez moi », c'est qu'on y pense. (Daniel, psychologue clinicien, CMPP et en pédopsychiatrie unité d'hospitalisation pour adolescents)

L'aboutissement de cette conscience professionnelle passe donc par le rétablissement d'une valeur de sa fonction, y compris dans l'impuissance, comme gage de l'acquisition d'une professionnalité délivrée de ses idéaux inaccessibles et de ses vellétés de pouvoir et de maîtrise sur l'autre. Enfin, cette déculpabilisation convoque également un autre mécanisme qui consiste aussi à conférer aux jeunes un pouvoir d'action et de choix dans le geste suicidaire. Ne pas tout pouvoir, c'est aussi ne pas être en mesure d'infléchir et de contrôler l'entièreté de leur conduite et de leur passage à l'acte. À ce titre, le suicide est perçu comme un « choix » qui relève du libre arbitre là où le geste suicidaire comme aliénation extrême qui confine au jugement d'irresponsabilité rend les professionnels plus coupables de ne pas l'avoir empêché :

Il faut être humble, mais parce, mais peu importe, mais en gros euh. Moi, pour moi, là où il faut être humble, un ado qui se suicide pas ou qui se suicide, c'est pas de ma faute. Mais un ado qui se suicide pas, c'est pas grâce à moi. C'est lui tout seul en fait. Comme tu dis, on les accompagne. [...] je suis juste là pour vous permettre de faire, je peux pas faire à votre place, d'exprimer votre ressenti, votre mal-être. Je peux pas le faire. Je peux le ressentir, mais que je me trompe peut-être que je vous sens mal et que vous vous sentez pas si mal. Peut-être ou l'inverse ». Donc, si il se suicide pas, c'est grâce à lui, c'est parce que lui il aura peut-être ou su se saisir de ce qui lui est proposé ou un sursaut de... ou je sais pas quoi, peu importe mais c'est grâce à ...c'est lui qui se sauve tout seul hein. [...] Pour reprendre encore une image, je te tends la main, c'est de ton propre chef que tu décides de prendre la main que je te tends, je peux pas t'obliger à la prendre, mais par contre je la tends. (Entretien collectif, Jean, directeur médecin, unité d'hospitalisation pédopsychiatrie pour adolescents)

²⁹ Concept emprunté à Sigmund Freud qui est le procédé de défense par lequel un sujet formule un désir, un sentiment tout en niant qu'il lui appartienne.

Cette posture peut donner lieu également à des modes d'accompagnement qui consistent à montrer que le jeune fait un « choix » comme en témoigne Éric, éducateur d'un service jeunes majeurs « *Bah t'es libre arbitre. Donc si tu veux te mettre en danger ou mettre en danger l'autre. C'est là, c'est le risque que tu prends, mais en même temps c'est ton choix* ». L'autre justification est enfin de considérer que le service soignant ou social ne peut pas « tout réparer ». Cet autre éducateur AED d'un service de l'ASE Jean explique :

Le suicide fait partie des éléments à prendre compte, si le même arrive à ses fins tu peux te dire que tu as loupé un truc, sauf que quand tu es affectivement tout troué on ne peut pas tout réparer et même avec la plus grande bienveillance du monde. Si le gamin a décidé d'en finir, y'a rien à faire. Je ne maîtrise pas la situation de l'institution de l'instant T.

La pathologie mentale devient alors ce destin irrépressible qui donne peu de prise et de maîtrise aux professionnels. Le suicide comme fatalisme inévitable qu'il soit un choix perçu en conscience ou une aliénation extrême résultant de la maladie psychique peut s'apparenter à une posture de protection et de défense professionnelle autant qu'à une manière de reconsidérer la personne en face et ce qu'elle exprime en suspendant les ambitions de la transformer³⁰. Reconnaître ses limites professionnelles peut signifier le renoncement à la maîtrise de l'autre, le deuil d'un idéal de métier inatteignable et l'acquisition d'une professionnalité mieux ancrée dans la réalité.

En conclusion, nous pouvons avancer que la culpabilité qui circule dans les institutions étudiées après un geste suicidaire qu'il soit « réussi » ou une tentative est particulièrement éclairante pour nous renseigner sur la nature de l'engagement professionnel et les normes émotionnelles qui circulent dans l'espace du travail. Elle marque souvent le signal de l'outrepassement d'une limite sans que les cadres de cette limite ne soient facilement discernables qu'il s'agisse d'un surengagement, d'une responsabilisation excessive ou à l'inverse d'un désengagement, d'une inattention. Mais elle peut être plus largement une épreuve professionnelle qui trouve parfois une issue positive et collective quand elle permet de reconfigurer un certain rapport à la profession et à la vocation. Ainsi la culpabilité ne permet-elle pas d'amorcer un travail de deuil d'un idéal d'aide ou d'une idéalisation de son pouvoir d'action ? Néanmoins, elle peut être particulièrement délétère quand elle est suscitée par un climat accusatoire qui ne permet ni de la traiter ni de penser ses ressorts pour assurer la continuité du travail soignant et de protection.

2. La difficile prévention des risques psychosociaux : un indicible sociale et psychique ?

Si le deuil professionnel d'un enfant n'a jamais été abordé de manière frontale au cours des entretiens, un certain nombre d'éléments évoqués nous permettent néanmoins de faire le lien avec la littérature sur les mécanismes psychiques du deuil des proches d'un suicidé. À ce titre, le traumatisme, la sidération, l'incompréhension, la blessure narcissique et les sentiments de culpabilité sont systématiquement évoqués dans les recherches psychopathologiques (Hanus, 2005 ; Huon, 2005). De la même manière, le suicide d'un usager peut avoir de lourd retentissement clinique pour les professionnels comme l'analyse Marion Borenstein : deuil, état de stress post-traumatique, phénomène d'imitation (2016). Pourtant comme le montre le travail

³⁰ Comme le souligne Pommereau, « le mythe de la toute-puissance soignante doit être identifié pour ce qu'il est : au mieux, une défense contre sa propre angoisse de mort ; au pire, l'aliénation du patient en lieu et place de la prise en compte de sa souffrance. » (Pommereau et al., 2007, p. 102).

de Anne-Marie Zoller³¹, la mort de manière générale demeure un sujet hautement chargé et tabou notamment quand les établissements sociaux ne mettent pas en place de dispositif d'accompagnement des équipes de travail ou que ces dernières se sentent trop affectées pour pouvoir en parler dans l'espace du travail. La question du deuil professionnel reste donc une boîte noire dans les enquêtes sur le travail social, surtout quand elle concerne des enfants et qu'il est ici question du suicide. Même si les demandes de cellule psychologique et de soin se multiplient de la part des professionnels, les conséquences d'un suicide ou d'une tentative dans une institution sont malgré tout souvent minimisées, voire invisibilisées ou passées sous silence. Quels sont les vécus professionnels face au risque suicidaire ? Comment sont-ils traités ? Et que produisent ces événements dans le rapport au travail et à la trajectoire professionnelle ?

2.1 Du traumatisme professionnel aux empêchements du travail

Le terme de « traumatisme » suite au suicide ou à une tentative de suicide d'un mineur est souvent évoqué par les professionnels du soin et du social quels que soient leur fonction, leur niveau de diplôme et d'ancienneté. Pour une littérature psychopathologique, ce terme d'abord nommé névrose traumatique a pris une importance considérable depuis la révision du DSM en 1980. Le traumatisme viendrait d'une impossibilité à se représenter psychiquement un événement, à mettre du sens dans la confrontation à un réel ce qui produirait « un forçage radical de l'appareil psychique » (Vallet, 2009). Notons qu'il existe le concept de « traumatisme vicariant » ou de « traumatisme secondaire » pour désigner les effets des situations difficiles sur certains professionnels. Alors que la notion de traumatisme s'est largement répandue dans le vocabulaire commun, par l'entremise des mouvements sociaux notamment (Latté, Rechtman, 2006), les professionnels interrogés en font également un usage courant. Mais qu'est-ce que cette notion signifie pour eux ?

Si notre perspective ne consiste pas à confirmer ni infirmer cette psychopathologie du traumatisme professionnelle, il est tout de même possible d'avancer par les entretiens et les observations que le geste suicidaire se traduit souvent par des changements de parcours de placement, de trajectoires professionnelles, signes fréquents de l'annihilation de l'agir professionnel. Autrement dit, le premier effet socialement visible de ces « traumatismes » éventuels est la rupture de prise en charge. Il est intéressant de noter que ce phénomène s'observe, quels que soient les lieux d'accueil. L'un des éducateurs exerçant dans un service d'AED, Jean, nous explique par exemple qu'il a observé que la tentative de suicide d'un usager est trop effractante pour les assistants familiaux :

C'est un vrai trauma, pour des gens qui ont dédié leur vie à faire grandir des mômes et, une fois, sont passés au travers. Et généralement, pour ceux pour qui il y a la tentative, c'est très violent. Les assistants familiaux ils vont demander la fin de l'accueil, ils sont pas équipés pour ça psychiquement, ils font pas ce boulot-là pour être dans cette crainte tous les jours, de te dire tous les soirs il sera mort ou vivant demain matin, ça te crée une angoisse dans ton quotidien insupportable c'est en toute logique que très vite elle demande la rupture de l'accueil.

Mais ce constat est également celui d'Henri, un pédopsychiatre d'une unité pour adolescents :

Nous nous travaillons la tentative de suicide et quand il y a un suicide, il faut voir dans quel état on est derrière ou comment ça nous marque. Moi, j'en ai eu deux trois, deux très cuisants et un, un peu moins cuisant parce qu'il s'est suicidé trois ou quatre ans après le suivi. C'est indélébile,

³¹ Stéphane Herzog, « La mort fait partie du travail social mais son déni reste vivace », dossier Décès d'usagers, repère social n°71, 2005.

ce sont des marques qui sont aussi de puissants leviers pour transformer le métier je dirais, mais quand on reste...

Ainsi, l'une des conséquences du geste suicidaire est très fréquemment l'arrêt de la prise en charge ou la démission. Au-delà de ces réorientations subies, après un tel drame, les professionnels touchés de près cessent presque systématiquement le travail momentanément (arrêt maladie) ou de manière définitive (démission ou reconversion). Christophe, directeur d'une MECS évoque la réaction de l'éducatrice de garde le jour de la mort par strangulation d'une enfant de 10 ans :

Elle, ça a été aussi compliqué donc pareil, elle aussi en arrêt. Elle a bénéficié aussi du suivi de la cellule de crise qui a été mise en place à ce moment-là une cellule Psy. Elle disait qu'elle faisait par ailleurs un travail, seule, depuis, mais on sent que ça a été difficile, hein. C'était pour le coup, une jeune professionnelle, donc un événement assez traumatisant qui a remis en question le choix de son engagement en tant qu'éducatrice. Là, un an après, elle semblait quand même... Même si elle était encore évidemment touchée, hein, impactée. Elle semblait quand même avoir un petit peu retrouvé de l'envie pour ce travail-là, même si on sentait encore poindre de l'émotion, des choses difficiles encore.

Les départs ou les ruptures de prises en charge constituent autant d'indices laissant supposer que le travail de reprise, de réassurance et d'élaboration n'a pas pu être mené plus avant avec ces professionnels. Ces ruptures peuvent s'apparenter à des stratégies de protection notamment psychiques. Néanmoins, si les enquêtés peuvent avoir recours à cette notion de « traumatisme » pour qualifier l'événement tel qu'ils l'ont subjectivement vécu, ils ne l'ont paradoxalement pas fait reconnaître par la médecine du travail comme une lésion psychique médicalement constatée, traumatisme professionnel³² comme s'il existait une coexistence entre auto-identification des troubles causés par le travail et leurs dénégations.

Le second effet visible de ces traumatismes, moins évident que la rupture de prise en charge, est la manifestation d'un « choc » décrit par ces professionnels, aussi nommé « sidération »³³. Alors que ces deux mots sont employés avec une très forte récurrence pour décrire la découverte du passage à l'acte ou à l'annonce de la nouvelle, ils impliquent le grippement des activités réflexives et d'élaboration professionnelle habituellement requises dans ce type de métier relationnel :

On s'en est parlé entre collègues parce que c'est toujours un choc d'être face à ça. Et puis, ça nous suscite de l'inquiétude quand même, ces jeunes, quand on sent que c'est fragile. [...] Je vois sa détresse, mais c'est quelque chose que j'ai du mal à me représenter pour moi-même. Enfin, ça me viendrait pas à l'idée d'aller casser du verre et d'aller me couper les veines. Enfin donc c'est... Je crois que ça sidère. [...] Là, je crois que j'étais sous le choc. Enfin, j'étais sous le choc de ce qui s'était passé. Ça avait été tellement soudain, de tout le monde rigole à j'essaie de me foutre en l'air. Enfin, en tout cas de me faire du mal parce que je sais pas après ce que ça aurait... jusqu'où ça aurait été, mais... (Jeanne, éducatrice spécialisée en microstructure, reconversion en cours comme psychologue clinicienne)

³²En effet, un traumatisme psychique, un choc psychologique, ou une dépression nerveuse peuvent être reconnus comme accident du travail. Par un arrêt du 2 avril 2003, la Cour de Cassation est venue préciser la notion d'accident du travail : « Vu l'article L. 411-1 du Code de la sécurité sociale ; Attendu qu'il résulte du texte susvisé que constitue un accident du travail un événement ou une série d'événements survenus à des dates certaines par le fait ou à l'occasion du travail, dont il est résulté une lésion corporelle, quelle que soit la date d'apparition de celle-ci » (Cass. Soc. 2 avril 2003, pourvoi n°00-21768). Cette lésion corporelle doit s'entendre au sens large, c'est-à-dire incluant un simple malaise, ou une atteinte psychique.

³³ La définition du Larousse est en cela explicite « anéantissement subit des forces vitales, se traduisant par un arrêt de la respiration et un état de mort apparente ».

À l'instar des propos de Huon pour qui « l'auto-imposition de la mort confronte l'entourage affectif à l'innommable et le social à ses failles » (Huon, 2005), le suicide et le geste suicidaire en foyer ou à l'hôpital se posent comme une énigme d'autant plus désorganisatrice qu'elle est impensable voire impensée par les professionnels qui semblent comme plongés dans un vide de sens :

Et il reste que le suicide, c'est un truc tellement violent et tellement incompréhensible, pour quelqu'un qui a envie de vivre euh, que c'est pas facile à appréhender quoi. Ça rend la chose très difficile à appréhender. (...) C'est dur avec les enfants parce qu'ils sont tellement jeunes, quoi, c'est affreux de vouloir se supprimer quand on a leur âge quoi. Et puis je pense que bah, on se projette enfin, en tant que parent. Quand les mômes veulent se buter et c'est pas humainement acceptable quoi.

Q : Vous avez une réponse à cette question ?

Non, j'ai pas de réponse parce que ça dépasse. Non, la réponse, non. On n'a pas de réponse, justement. (Renaud, infirmier pédopsychiatrie, unité pour adolescents)

L'indétermination porte sur la signification du geste, son message et son adresse, rendu inaccessible à l'entendement, comme en témoigne cet infirmier psychiatrique « *c'est un truc tabou parce que ça dépasse l'entendement* ». Cette dimension se pose avec une acuité d'autant plus forte quand il est question du suicide d'enfants, comme si la brutalité du geste suicidaire était redoublée par la minorité du sujet qui le commet. C'est également ce que confirme Seguin pour qui « le suicide d'un enfant brise la barrière de l'impossible, en ce qu'il ébranle profondément les convictions personnelles et l'ordre des choses. » (Séguin et al., 2007). S'il semble donc difficile de comprendre, en revanche les professionnels enquêtés vont souvent exprimer un désarroi face à ce non-sens. Ces gestes entraînent ainsi de forts effets de brouillage des repères professionnels alors que le décalage devient parfois trop grand entre ce que le professionnel ne peut comprendre et ce qu'il doit pourtant déployer devant cet impensable. L'enquête ethnographique montre que des situations sont relatées par les professionnels comme traversés par un impérieux besoin de décrire des scènes sans forcément être en mesure d'élaborer ni sur des causes ni des solutions. Peur et indicible s'entremêlent dans ces récits avec parfois cette nécessité de raconter des détails insoutenables « il a pris une couteau » ; « elle a voulu se jeter par la fenêtre » « elle a cassé une bouteille en verre pour se couper les veines », comme pour s'en décharger, laisser des silences pleins de sous-entendus ou encore être ressassés avec insistance :

Je sais pas, j'ai pas de difficulté notoire à parler en fait. C'est juste que là on me demande de faire un focus sur des événements qui m'ont aussi traumatisé en fait. Et ça fait du bien de parler, je trouve.

Q : La question que j'allais vous poser, c'est. Si vous essayez d'y réfléchir, de le dire, de l'énoncer, le traumatisme est composé de quoi ?

Pour moi d'abord c'est visuel.

Q : Les scènes.

Ouais, je, je vois la scène. En deuxième lieu je l'entends. Les cris de cette gamine, je les entends encore, ils sont là. Euh... Ensuite, c'est... La culpabilité, elle vient pas tout de suite. Quand je vois ce genre de scène et que je les entends, j'ai besoin de les évacuer. J'ai besoin d'en parler. Et j'ai pas l'espace. Donc je suis obligée de les intérioriser. Mais qui est en capacité d'intérioriser une telle violence ? Et celle que je viens de vous décrire, j'ai pas envie de les intérioriser en fait, j'ai pas envie de faire pénétrer cette saleté en moi et j'ai pas le choix et ça reste, ça marque et c'est cette marque là. Qui part jamais vraiment. [...] J'ai pas pu en témoigner, hein. On m'a absolument ouvert aucun espace pour parler de ça. Ni à moi ni à l'équipe, mais je suis la dernière

de l'équipe à rester là-dedans, donc je porte encore ça en moi, quand j'appelle mes anciens collègues, ils portent toujours cette situation en eux. Donc on est 3, on est 3 sur 12 à garder ça comme une marque indélébile. Et oui, ces événements traumatisants, traumatiques, peu importe le mot qu'on utilise. Ça laisse vraiment des traces profondes et ça fait qu'on peut plus travailler de la même manière ensuite quand on est reconfrontés à ce que, à ce type-là d'épreuve. (Lucie, éducatrice spécialisée foyer d'urgence)

La forme du récit, avec ses répétitions, la brutalité de ces scènes revécues par la parole, évoque surtout la sidération des professionnels dans la confrontation au réel du travail. Comme cette phrase décomposée d'Elena, monitrice-éducatrice en foyer d'urgence : « *Je dis pas que, je peux pas, je peux pas vous expliquer comment. J'arriverai pas à vous, des fois, les mots ils sont pas, ils sont pas, on, on peut pas exprimer en mots certaines choses, je pense. Là j'arrive pas à exprimer ce que j'ai envie de tout dire.* » Enfin, plusieurs cas rapportés montrent que les professionnels n'ont tout simplement pas été en mesure d'intégrer la nouvelle d'un décès par suicide ou ont oublié une tentative de suicide gravissime. Ce déni vient donc mettre en lumière la dimension parfois proprement inassimilable du geste.

Ces descriptions par leur fixité ou leur crudité montrent que produire des récits ne veut pas dire pour autant être en mesure de produire une pensée à partir de ceux-ci, ni un agir professionnel. Cette parole sans pensée, qu'elle soit pour interpeller ou se décharger semble loin des préoccupations sur leur professionnalité. Dans ces contextes de « crise », les professionnels sont affectés intimement au point que l'exercice d'une réflexivité n'est plus opérante par les effets conjugués des inconscients, psychique et social (Mazureau, 2013). Même si la dimension du « choc » et de la « sidération » euphémise un peu celle du traumatisme, on constate que le processus réflexif d'élaboration professionnelle est largement interrompu à l'occasion de ce type de passage à l'acte momentanément ou durablement. L'incompréhension laisse des empreintes sur la trajectoire professionnelle qui ne permettent parfois pas de continuer à construire les repères professionnels habituels, solides, de projection et d'adaptation.

2.2 Des effets traumatogènes différenciés

Les situations traumatogènes suscitées par le suicide ou la tentative dans un établissement social ou de soin sont variables en fonction des personnes, mais cette variabilité est difficilement objectivable. Des facteurs de risque apparaissent malgré tout pour saisir ces mécanismes différenciés de « sidération » en fonction de professionnels, de leur ancienneté, de leur trajectoire intime.

Tout d'abord, l'existence d'un lien préalable et affectif avec l'utilisateur peut susciter des réactions émotionnelles qui dépassent le registre de la relation professionnelle et s'envisage sur le registre du vécu d'une perte. Mais ces liens entre le professionnel et la victime ne sont pas forcément déterminants, car l'absence préalable de lien peut tout autant « *s'avérer sources de projections personnelles où une histoire et des sentiments sont attribués à la victime au travers de questionnements envahissants* » (Bornestein, 2016). Certains professionnels des deux secteurs ont pu confier au cours de l'entretien avoir été directement touchés par le drame du suicide dans leur vie intime, un ami ou un membre de la famille ; (8/74) ont fait part d'un suicide dans leur entourage ; (11/74) ont évoqué un deuil d'un proche parent. Par ces expériences intimes, certains enquêtés développent une vigilance accrue au risque suicidaire, une attention, une formation expérientielle, un refus de la banalisation et des pratiques préventives plus systématiques. Ce vécu devient tantôt une ressource professionnelle, mais il est aussi porteur du risque de réactiver des éléments traumatiques du parcours. Pour Daniel, le psychologue du CMPP cité plus haut, il confie : « *je sais que ça va vient donc remuer un truc personnel. Et qui*

renforce le fait qu'on sait que ça peut arriver ». Ce rapport de « non banalité » au suicide, mentionné par plusieurs enquêtés ayant été personnellement touchés crée une collision entre deux scènes professionnelle et personnelle. Daniel, le psychologue d'un CMPP, nous décrit sa « peur » face à une jeune fille qui menace de se suicider.

Moi l'adolescente là qui est placée, le soir où je lui ai fait promettre, je dis le soir, parce que ça devait être fin de journée, je lui ai fait promettre d'être là le surlendemain à son rendez-vous. J'étais comme ça, elle l'a senti, hein. J'ai eu peur de me mettre à pleurer. J'étais là, hop, ça remonte (il pleure). C'est chaud, hein.

Q : Qu'est-ce qui est...

Ben qu'est-ce qui... C'est la peur. Bon, moi j'ai une sœur, bipolaire, qui a mis fin à ses jours à 60 et quelques années, il y a quelques années [le dit la voix étouffée] je... Je sentais que c'était possible. Moi je faisais ce que je pouvais, mais après c'est des rapports familiaux, c'est pas du tout la même chose. (Daniel, psychologue CMPP et hôpital pédopsychiatrique)

Pour justifier son émotion lors de l'accompagnement et de l'entretien, alors qu'il pleure en racontant cette scène, il revient sur le drame personnel du suicide de sa sœur atteinte de « bipolarité ». Ce qui est fréquemment évoqué par les enquêtés ayant connu dans leur entourage proche un suicide, c'est l'éventualité que ce geste puisse se reproduire par distinction avec ceux qui ne l'envisagent pas dans le champ des possibles³⁴. Cette charge mentale apparaît d'autant plus grande que l'étayage collectif et partenarial ne joue pas forcément son rôle de régulation. Quand les professionnels ne peuvent s'appuyer sur un réseau de partenaires (organiser des réunions pour évaluer la situation avec un regard pluriprofessionnel, orienter, s'appuyer sur des relais, etc.), un surcroît d'inquiétude, corrélatif de l'investissement psychique, naît. Il peut même majorer les mécanismes d'évitement et de protection vis-à-vis de certaines situations jugées trop complexes. Dans ce cercle vicieux, la charge mentale accroît le sentiment de solitude qui accroît la charge psychique.

Par ailleurs, la brutalité du geste ou de l'annonce d'un suicide détermine en partie le degré d'effraction ou de désorganisation professionnelle. Comme le rappelle Costantino, « *ce sont ces cas de disparition brutale et potentiellement effractante qui génèrent le plus de retentissements délétères au sein des équipes.* » (Costantino et al., 2013). Apprendre la nouvelle par texto, par des bruits de couloir, être confrontés directement au passage à l'acte, surtout quand il est spectaculaire influencent l'assimilabilité de l'évènement :

Parce que la première fois en fait mon collègue de nuit a décalé son heure de tournée [...] donc du coup il est passé dans les chambres avant l'heure habituelle, il tape, il entend rien, il rentre. Et en fait, là il entend [tape un bruit sourd et saccadé avec le pied contre le mur], bom, bom, comme ça et il regarde et là il voit que la gamine elle se pendait hein putain elle était encore en train de bouger en fait. Il aurait pas décalé son heure ? Il est parti 3 semaines en accident du travail après cette affaire. Hein quand même hein. Pour lui, c'était... [...] Ensuite le retour et ce qu'il partageait avec nous, sa peur. De faire encore des soirées avec elle, pendant 5 mois où il faisait des soirées avec elle... Il passait quatorze fois par nuit. (Lucie, éducatrice spécialisée foyer d'urgence)

Et en cas d'exposition au passage à l'acte, le deuil et le traumatisme peuvent se compliquer mutuellement (Bornestein, 2016). Les modalités d'atteinte au corps vont également changer le vécu subjectif et la confrontation traumatisante à l'acte. En effet, certains enquêtés évoquent des degrés de l'horreur, des dimensions plus ou moins traumatisantes dans la mise en scène du geste suicidaire : la brutalité et la radicalité du geste, la confrontation au sang, la soudaineté de

³⁴ Ces projections sont parfois à l'origine d'une identification douloureuse qui fragilise la personne ou ébranle ses défenses déployées contre l'effondrement dépressif (Bornestein, 2016).

l'acte, la position de l'observateur dans la scène. Comme l'explique Jeanne, éducatrice d'une microstructure, quand bien même le risque est plus grand pour un jeune qui ingère des médicaments, « *un jeune qui se scarifie, il y a quelque chose de plus insupportable entre guillemets* ». Les atteintes au corps de ce type ne préservent pas pour autant les soignants. Nathalie, infirmière d'un service pédopsychiatrique partage ce ressenti « *un patient qui se scarifie pour moi, ça me fout en boule quoi* ». Le « choc » va aussi largement dépendre des circonstances de l'atteinte. Plus la soudaineté de l'acte est grande, plus les effets de sidération semblent provoquer une forme de désorganisation des repères professionnels et personnels.

Ces quelques témoignages permettent de montrer que la confrontation au risque suicidaire ou au suicide produit un risque professionnel qui peut être majoré par le vécu intime de la personne et la gravité du passage à l'acte. Les effets de « choc », de « sidération » annihilent le travail réflexif et peuvent produire un véritable sentiment d'urgence subjective pour les professionnels. S'il est impossible de conclure à la survenue d'une pathologie comme « le stress post-traumatique » ou des troubles co-morbidités associés (dépression, anxiété...), les conséquences sur le travail sont toutefois très objectivables. La fréquence des arrêts de prise en charge ou les difficultés à élaborer un agir professionnel montrent une corrélation entre le geste suicidaire et l'empêchement au travail. Les effets des traumatismes professionnels ou les formes de « sidération » sont sans doute minimisés alors qu'ils apparaissent comme des éléments essentiels à prendre en compte pour éviter les ruptures de prise en charge.

2.3 Soigner les soignants : dilemmes pratiques

2.3.1 Un travail réflexif à visée thérapeutique

Face au risque suicidaire, les professionnels témoignent de leurs fortes attentes sur les dispositifs réflexifs formels (GAP, APP, supervision) ou informels portés par le collectif de travail. Des expériences d'accompagnement psychologique dans les institutions touchées par un suicide sont décrites dans les EPHAD (Costantino *and al.*, 2013), dans les hôpitaux psychiatriques (Pommereau *and al.* 1994, Kaufmann, 2007 ; Forrat, 2022) en soulignant systématiquement des difficultés après le suicide d'un usager. À cet égard, les désillusions sur la figure souvent idéalisée du « praticien réflexif » sont fréquemment exprimées par nos enquêtés. Comment saisir que les outils réflexifs ne leurs paraissent pas en mesure de juguler ces difficultés professionnelles spécifiques ? Alors que des groupes de parole ont pu être mis en place pour les salariés à la suite d'un suicide d'un usager, comment comprendre ce sentiment persistant d'omerta et de silenciation ?

Parmi les outils réflexifs, le suicide dans un établissement justifie la mise en place de groupes de parole à vocation thérapeutique « des cellules de crise psychologique »³⁵, déployés à destination des jeunes du foyer ou des professionnels, ou à vocation réflexive. Malheureusement, nous n'avons pas pu récolter de données suffisamment étayées pour mesurer les effets des suivis psychologiques auprès des enfants ayant vécu le suicide d'un de leur camarade. Du côté des professionnels qui ont expérimenté ces dispositifs, plusieurs exemples nous sont relatés. Une jeune fille de 10 ans est décédée dans une MECS. Alors qu'elle a été retrouvée pendue à une corde à sauter, la thèse de l'accident (jeu de strangulation) est privilégiée

³⁵ Inspiré des « procédures d'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) créées en France en 1995, lesquelles interviennent sur le lieu même d'une catastrophe avec les SAUM 4 auprès des victimes » (Costantino *et al.*, 2013, p. 188), elles sont souvent organisées de façon plus informelle avec les psychologues d'une PAEJ partenaire par exemple.

même si le doute subsiste. Des réunions « de réflexion » sont mises en place avec les salariés représentants et concernées. D'ailleurs la composition de ce groupe, organisé par la MECS³⁶ démontre que la perspective n'est pas celle du traitement de l'équipe. Comme nous l'avons vu dans nombre de cas, le trouble sur la qualification du geste produit un embarras qui mobilise voire phagocyte les échanges autour d'une quête de compréhension souvent inhérente au geste suicidaire. « *La recherche d'un sens s'inscrit à travers un processus cognitif qui consiste à donner à cet événement une symbolique, à tenter de comprendre ce qui vient d'arriver et à répondre à la question inévitable : pourquoi cet événement s'est-il produit?* » (Seguin et al., 1994). Dans le cas de la mort de cette jeune fille, les réunions ont pour vocation d'interroger la nature du geste et la place du foyer dans cette production « de savoir », le parcours de la jeune fille, sa famille et le rôle des réseaux sociaux. Alors que l'indétermination encombre le collectif, il est plongé dans un paradoxe en avançant que ce n'est pas son rôle de résoudre l'incertitude tout en étant traversé par l'impérieux besoin de construire un récit commun (où le doute ne subsisterait plus ?). Dans ce travail réflexif, la nécessité d'une conscientisation de l'évènement relève ici davantage de la maîtrise en cherchant les causes et à trancher sur le trouble en « valorisant la transparence, l'explicite et le rationnel », contre l'hypothèse indéterminable du côté « de l'équivoque, de l'émotionnel et du non intentionnel » (Couturier, 2013).

À la suite d'un suicide d'un usager, les dispositifs d'accompagnement des salariés proposés consistent en la possibilité non obligatoire de rencontrer le ou la psychologue de la structure ou la médecine du travail, elle n'est pas pour autant systématique sur nos terrains d'enquête. Les entretiens menés avec les cadres montrent un certain embarras à traiter le malaise des salariés entre sentiment d'être démuné dans les réponses à apporter, peur de réactiver la souffrance et de déstabiliser des équipes déjà fragilisées. Les intervenants sociaux ou les soignants expriment quant à eux des attentes fortes sur le travail réflexif loin des injonctions institutionnelles à la professionnalisation et à la formation, mais dans une perspective de soin et thérapeutique. Ils font un lien entre le manque d'espace pour penser et le fait d'être en souffrance au travail, entre le défaut de réflexivité et les potentiels risques professionnels, risques de dérapage, risques d'épuisement comme en témoigne Jean éducateur dans un service d'AED :

C'est là où faire une pause ça permet de réaliser dans quel bordel on nous met en tant que professionnel, et ce qu'on nous fait vivre, c'est juste complètement fou, quand tu as le nez dans le guidon tu ne réalises pas à quel point tu es dans un truc de malade, on est milieu de ces familles incestueuses, de mômes violés à longueur de temps, le suicide de ce grand-père, de truc dégueulasse, en termes de charge émotionnelle c'est juste un truc de malade, avec le recul c'est pas du tout surprenant qu'il y a de la saturation. Premier rendez-vous avec ma psy, j'ai cru qu'elle allait pleurer, je pense que ce que je décrivais était tellement violent ça l'a vraiment touché émotionnellement, et moi je lui développe les éléments que j'avais identifié qui faisaient que je me retrouvais en situation de burn-out, mais au final c'est mon quotidien, là ça atteint des niveaux que ça n'avait jamais atteint, c'est ce que tous les éducateurs vivent à travers la France. C'est vrai 6 demi-journées d'analyse de la pratique par an en groupe, si tu veux, c'est un peu peanuts, à côté de la charge émotionnelle qu'on prend.

Si ces espaces sont attendus comme lieu du ressaisissement de soi par les professionnels, c'est quand leur travail met en péril leur intégrité personnelle. Certains enquêtés soulignent la nécessité d'« être soignés » et « de ne pas oublier de prendre soin de soi » avant de pouvoir prendre soin des autres :

Ouais alors moi tu vois, je dirais, il faut faire attention à sa propre souffrance. C'est-à-dire que quand on travaille en tant qu'infirmier, n'importe où, dans n'importe quel domaine, on prend en

³⁶ le directeur général, le directeur pédagogique, un élu du CSE, une éducatrice du groupe, celle qui travaillait ce jour-là et d'une éducatrice d'un deuxième groupe, des psychologues de l'établissement et des chefs de service)

charge la souffrance. Mais nous, on souffre comme tout être humain en fait, et on a tendance à la négliger et en mettant en premier plan la souffrance des autres. Et en recevant ça tout le temps, tout le temps, tout le temps et après on s'écoute plus soi-même. Et parce qu'il y a quand même l'idée qu'on doit porter ça, c'est notre mission. [...] donc ça il faut en prendre soin en fait et je pense que c'est un truc qu'on néglige quand on est soignant. Et c'est un risque, on est hyper exposé et on oublie qu'on est exposé. (Entretien collectif, Nathalie, infirmière, unité d'hospitalisation pour adolescents)

Cette valeur sociale accordée à la réflexivité croise ici des enjeux à « tenir » dans des métiers confrontés à des situations sociales souvent douloureuses et des formes d'usures et d'épuisement professionnels (Ravon, 2009a). Ces constats entrent en congruence avec l'analyse de Ravon (2009b) et de Chami (2021) qui soulignent que depuis une dizaine d'années déjà les dispositifs réflexifs proposés dans le secteur social tendent à substituer « la notion d'accompagnement » des professionnels à la visée analytique de ce travail. C'est-à-dire qu'une approche plus « thérapeutique » serait désormais privilégiée aux objectifs de formation et de transformations des aptitudes et des pratiques professionnelles. Autrement dit, ils font l'hypothèse que les souffrances causées par les transformations brutales imposées aux professionnels les affectent « sur un plan matériel, social et psychique », donnant la primauté à une démarche réflexive davantage tournée vers la prévention des risques psychosociaux. Ce constat est exacerbé en situation de risque suicidaire. S'il est indéniable que la place de l'équipe, de sa dimension soutenance pour les professionnels affectés est incontournable en revanche, cette demande de soin va même jusqu'à la nécessité, pour au moins six enquêtés, d'avoir un suivi thérapeutique individuel comme s'il n'était pas possible de tout traiter dans l'espace du collectif :

Moi je ne comprends même pas pourquoi on a pas un psy en fait, individuel. C'est très bien d'avoir des groupes d'analyse de la pratique, mais pourquoi moi j'ai pas une demi-heure de psy tous les lundis matin ? Enfin je caricature, mais pour moi ça devrait être évident en fait qu'on ait un suivi psychologique quand on fait ce genre de métier, rien, ne serait-ce que pour qu'il y ait quelqu'un qui puisse dire, ce professionnel ne va pas bien. Et il faut soit l'accompagner plus, soit qu'il s'arrête un petit peu parce que nous on est les derniers à le voir, qu'on va pas bien... C'est hallucinant qu'on n'ait pas d'accompagnement personnel et que si on veut voir un psychologue, ce sont nos démarches et notre argent à nous et que moi je peux vous le dire aujourd'hui, hein. Moi j'aimerais bien en voir un sauf que financièrement voilà, je peux pas mettre 60 euros. (Léonie, ES, foyer d'urgence)

Quand on connaît la fréquence des *burn-out* ou des arrêts maladie (Mrad, 2023) dans les métiers du social, il ne semble pas étonnant que les attentes thérapeutiques, empreintes d'espoirs de se soulager des malheurs liés à la confrontation à la souffrance soient fortes. Comme l'exprime également l'éducatrice Lucie (foyer d'urgence) :

Quelle est l'instance qui voudra bien prendre quatre minutes pour m'entendre chialer ? J'ai pris un psy extérieur juste pour qu'il m'entende pleurer. C'est quand même dingue, d'être obligée de faire ça. Mon employeur ne se dit pas que j'aurais éventuellement besoin d'évacuer tout ça, pour avoir cette instance de parole et pas péter un plomb au travail, je m'offre moi-même la solution pour pas péter un plomb au travail.

Cette attente de soin crée toutefois le sentiment d'une offre de régulation insuffisante et la nécessité de trouver des ressources personnelles pour prendre de la distance, autant de ressources dont ne disposent pas l'ensemble des professionnels et qui s'avèrent inégalement réparties. Souvent jugé moins productif, le soin des professionnels est par ailleurs rendu coupable quand ces derniers ne semblent pas en mesure de se décentrer de leur personne ou de leur propre souffrance. Pour les professionnels confrontés au risque suicidaire, ces activités réflexives ne sont plus seulement envisagées comme une fabrique de leur professionnalité et au

service de leur formation. Élaborer un agir professionnel devient secondaire face aux besoins impérieux de se soigner, de se ressaisir, d'opérer cette scission entre ce qui relève du professionnel ou du personnel, comme levier de réinvestissement subjectif dans le travail. Les instances réflexives sont attendues comme une des modalités de maintien et de réparation des professionnels, mais les frontières apparaissent cependant troubles sur la matière de ce que les professionnels veulent traiter par des suivis thérapeutiques individuels « payés » par l'institution.

2.3.2 Une parole bridée dans les espaces de parole

Si la nécessité de mettre en place des espaces de parole à la suite du suicide d'un usager semble faire l'unanimité, il en va autrement des conduites réelles où la parole est souvent empêchée ou retenue. Alors que certains salariés ne peuvent ou ne veulent pas parler, comment opère cette impossible circulation de la parole du côté des intervenants ? « On en a pas parlé » est souvent revenu dans les entretiens avec les professionnels :

On se retrouve avec la mort du patient dans les mains et puis bah « j'en fais quoi, j'en fais quoi » à un moment donné, il faut que j'en parle. Je vais pas en parler à mes collègues parce que voilà, parce que je sais pas, je sais pas pourquoi, mais on en parle pas trop. Et puis à un moment donné on reste vachement avec ça, quoi. Et on n'arrive pas à extérioriser le truc, on n'arrive pas à... Je sais pas, à lâcher le morceau quoi. Et en fait, il y a une accumulation. (Renaud, infirmier pédopsychiatrie, unité pour adolescents)

Cette difficulté à mettre du sens sur la thématique du suicide, à penser ou à parler, relève d'un indicible à la fois social et inconscient. En effet, ces espaces dont les travailleurs sociaux attendent qu'ils régulent des émotions pesantes s'avèrent parfois normatifs laissant peu l'opportunité d'expression des affects déviants ou des pratiques réelles voir transgressives. À parfois trop mettre l'accent sur le métier et son contrôle ou sur les normes de bonnes pratiques qui s'y énoncent, la possibilité d'exprimer du doute, de témoigner de ses erreurs surtout face aux retentissements d'un risque suicidaire, se referme :

J'ai bossé avec un lieu de vie spécialisée dans les gamins borderline sur le plan psy et qui ont eu un suicide, il y a quelques années. Ça fait, que pour l'ASE, le travail avec le lieu de vie est complexe et il y a avait eu à l'époque des récriminations sur la négligence. Ça te fait derrière un lieu extrêmement méfiant, sur ses gardes, avec rétention d'info, qui font attention à ce qu'ils disent ou montrent, ne te reçoivent que sous certaines conditions, pas de visite inopinée, jamais tu débarques comme ça. De ma place d'éduc ase, quand on est reçu, c'est calé avant, et tu sens que du coup, il y a une méfiance de ouf vis-à-vis du référent ase, on est là aussi pour soulever la question des dysfonctionnements. Leur crainte c'est que ... Pour faire du lieu de vie avec l'ase c'est compliqué et si t'es pas en confiance avec l'organisme qui te confie les gamins, c'est hyper lourdingue, ça crée une ambiance sur le lieu qui est pesante, c'est très étonnant, tu sens une histoire de l'institution qui fait qu'il s'est déjà produit ça dans les murs. Au début, t'es pas au courant et tu te dis ah ouais c'est pour ça qu'ils sont paranos et à juste titre, c'est un vrai trauma, pour des gens qui ont dédié leur vie à faire grandir des mômes et une fois sont passés au travers. (Jean, éducateur spécialisé, service d'aide éducative à domicile)

La peur des représailles voire la crainte d'un licenciement semblent figer ce lieu de vie dans un silence prudent, voire suspicieux vis-à-vis des services ASE. Les normes professionnelles qui circulent peuvent s'avérer délétères en bridant les professionnels par peur des répercussions et des jugements. Publiciser sa réflexion peut notamment se faire rare quand les conditions de subordination conduisent à masquer ou à l'inverse enjoliver les pratiques réelles de travail, à limiter les autocritiques dans des stratégies d'auto-valorisation. C'est d'autant plus le cas que la mise au travail réflexif de ses propres émotions prend souvent la forme d'un jugement public

disqualifiant les personnels faisant l'aveu de leurs sentiments ou de leurs pratiques inavouables. De ce fait, comme nous le rappelle Lise Demailly, la réflexivité est *bridée* – « *ce qui est contradictoire avec la notion d'ouverture large des possibles, souvent dévalorisée quand elle pose des questions interdites, impertinentes ou importunes* » (2009).

Dans un service jeune majeur à la suite de deux décès et d'un nombre allant croissant de TS, les cadres ont décidé d'institutionnaliser un espace de parole dédié avec la psychologue du service et une association de prévention. Après le sentiment que régnait dans le service d'une véritable « omerta », des intervenants de l'équipe nous ont fait part d'un surinvestissement sur la problématique suicidaire. La psychologue du service Pauline et le directeur Paul confient leur surprise face à des intervenants demandeurs qui ne se sont pourtant pas saisis de cette proposition manifestant au contraire un « besoin d'archiver » :

Alors moi j'essaye de pouvoir là, il y a eu ici un cas j'ai pu voir le collègue quelquefois, mais à un moment donné, voilà, c'est comme si aussi hop, on souhaitait passer à autre chose. Assez rapidement comme si le besoin d'archiver était un peu plus rapide. Il me dit « c'est bon de toute façon, voilà, c'est bon. Je suis passé à autre chose », c'est souvent une phrase que je peux entendre, « je suis passé à autre chose ». Et pour autant, c'est toujours là.

Pour Pauline, le besoin d'archiver serait l'une des particularités de la thématique du suicide en ce qu'elle vient soulever le rapport de chacun des professionnels à des questions existentielles sur la mort. Si cet élément est particulièrement sensible, c'est parce que son statut d'universalité rend moins évident de se désidentifier personnellement quand elle survient sur le lieu du travail. Elle convoque alors ce qu'il y a de moins professionnel et de moins distanciable dans le rapport aux usagers. En posant une frontière plus poreuse et plus délicate entre le personnel et le professionnel, les effets de résonances autobiographiques ou les angoisses liées à la finitude de l'existence de chacun sont particulièrement vifs, réactivant aussi culpabilité ou encore sidération.

Quand bien même des espaces existent pour revenir sur des drames comme un suicide d'un usager ou même une tentative, nous avons vu qu'ils ne suffisent pas forcément à rendre une parole possible. Les mécanismes de culpabilité, de peur de la faute professionnelle, cumulés aux injonctions de normes de bonnes pratiques, empêchent parfois de s'autoriser à parler. Par ailleurs, tout n'est pas conscientisable dans le cadre du travail sur le risque suicidaire réel ou supposé. Ainsi, notons que la part d'indicible entourant le geste suicidaire ne relève pas que d'un manque d'espaces de parole, mais aussi d'une impossibilité à s'en saisir. Or pour restaurer les capacités collectives soignantes et la contenance d'une institution Pommereau insiste sur le fait que la parole doit être de nouveau en circulation, avec la levée des indicibles sociaux et psychiques notamment en « croisant l'histoire du suicide avec celle de l'institution » (Pommereau et al., 2007). Autrement dit, la remise en route des processus de transformation et d'élaboration, ne serait envisageable qu'en étant croisée avec une analyse de l'histoire institutionnelle (Costantino et al., 2013).

3. Des effets symboliques avortés des rites en institution ?

Comme déjà évoqué à plusieurs reprises au cours de ce rapport, le risque de « suicide par ricochets » est parfois en toile des fonds des appréhensions professionnelles, plusieurs enquêtes soulignent que le rétablissement d'une contenance institutionnelle permet de prévenir la répétition des passages à l'acte (Constantino and al., 2013). Or qu'en est-il du rôle symbolique des institutions dans les cas de suicides avérés ? Plusieurs étapes institutionnelles charnières nous ont été relatées : l'annonce, l'enterrement et le traitement et l'accompagnement de

l'entourage du défunt et des professionnels. Ces moments clés demandent un travail relationnel et émotionnel sur le fil. L'analyse des entretiens tend pourtant à montrer une minimisation des rituels à destination des travailleurs sociaux proches du suicidé ainsi que des manquements dans la transmission des informations alors que les répercussions s'avèrent désorganisatrices.

3.1 Communications institutionnelles autour du suicide : une sortie du tabou ?

L'une des toutes premières étapes après un suicide est l'annonce de la nouvelle à l'entourage et aux équipes. Un tri dans les autres personnes à informer est mené et une adaptation des annonces en fonction de l'adresse sans en faire trop ni minimiser. En effet, la manière de transmettre la nouvelle a son importance et doit viser la justesse qu'il s'agisse d'un enfant, d'un professionnel, d'un groupe ou d'un individu en fonction de leurs liens de proximité. Les récits montrent un souci particulier à l'endroit des enfants qui ont côtoyé le suicidé. Paul, directeur d'un service jeunes majeurs à la suite du suicide d'une jeune fille de 20 ans en foyer semi-autonomie s'enquiert des jeunes avec qui elle vivait :

Moi par contre, j'ai demandé aux référents de parcours, avec tact dans les semaines qui allait suivre de se rapprocher des jeunes accueillis dans le foyer en leur demandant, en ayant une attention particulière, mais avec tact et jauger, il y a eu cette information aussi au référent de parcours ici de leur dire, dans cet établissement, il y a eu un décès. Allez, je vais traduire, peut-être que vos jeunes ne sont pas touchés parce que c'est pareil, en faire trop, tu vois, c'est compliqué, alors que peut-être, « mais d'ici quelques semaines quelques jours, soyez attentifs et posez-leur la question ».

Viennent en parallèle les annonces délicates aux familles des jeunes suicidés, un travail pris en charge par les responsables. Alors que Benjamin, éducateur dans un service de placement apprend la mort par suicide d'un père de deux jeunes enfants suivis dans son service, il demande à son directeur comment la nouvelle va être annoncée aux enfants et à la famille d'accueil concernée. Ce dernier lui indique de les faire venir au service dans l'après-midi même si les familles d'accueil résident à plus de deux cents kilomètres pour éviter l'annonce par téléphone, « *vous dites juste qu'il y a un gros souci au niveau de la famille. Vous ne rentrez pas dans les détails* ». L'idée était de ne pas faire « peser » la connaissance de la nouvelle sur la famille d'accueil durant le trajet. Dans l'exemple décrit par Benjamin, l'annonce est protocolaire, ce qui en accentue la puissance rituelle, elle se fait dans les services de placement avec l'assistante familiale c'est-à-dire de la personne de référence au quotidien de la fratrie. Elle est prononcée par le directeur avec une mobilisation de l'équipe éducative et de la psychologue en cas de besoin. L'annonce en revanche aux professionnels est moins formaliste et officielle, les travailleurs sociaux du service de placement vont l'apprendre par téléphone avec la gendarmerie et se prévenir les uns et les autres par texto pour les absents. Quant à la famille d'accueil, les collègues éducateurs du service ont à peine le temps de lui annoncer :

Et je me souviens encore de l'annonce, c'est un garçon et une fille. Le garçon a pas beaucoup réagi. On leur a annoncé dans la foulée. [...] Nous, on leur a pas annoncé, on était à côté, en cas de besoin, c'est notre directeur et une des psy qui leur a annoncé, parce que c'était des gamins qu'on ne connaissait pas. Après nous, on a fait plus ou moins l'annonce aux familles d'accueil. On a pas été plus loin parce qu'en fait à ce moment-là la jeune a hurlé de douleur. Elle est sortie en courant du bureau et en fait, elle hurlait le prénom de son assistante familiale donc, on l'a laissé, on l'a laissé gérer, enfin gérer... (Benjamin, éducateur de placement familial)

Ce qui est frappant dans la suite du récit de Benjamin, c'est que, sans être référent des deux jeunes, il ressent cette scène comme « *très difficile* » à vivre. Il dit surtout se rappeler encore du cri de la jeune fille tout en ayant les larmes aux yeux en se remémorant la scène :

On était tous affectés. C'est ce que je te disais, moi j'entends encore le hurlement de cette jeune. Ça a pas de... c'est pas possible d'expliquer en fait ce qu'on a ressenti à ce moment-là parce qu'une espèce de verbalisation de la douleur la plus pure quoi. Et la plus dure par ailleurs. Et c'est le côté où en fait, tu te sens complètement inutile parce que t'as pas de mot, en fait, à dire à cette jeune quoi. Parce que peu importe ce que tu dis, ça calmera pas les émotions qu'elle ressent à ce moment-là.

Il conclut que la formation ne prépare pas au travail émotionnel requis dans ce genre de circonstances. Malgré le cadre ritualisé, la peine garde une forte contagiosité, ou parce que le cadre est protocolisé, il permet l'effusion de ces émotions et leur collectivisation (Bernard, 2009).

Dans l'après-coup immédiat de l'annonce, les familles du suicidé cherchent « à comprendre », à avoir des éléments de réponses qu'elles sollicitent souvent au foyer ou encore des éléments de description sur les « derniers moments ». Comme l'explique Rose, directrice, l'enjeu est de ne surtout pas attiser leur culpabilité :

Après moi j'ai envie de dire dans l'idée quand même, c'est de rassurer les parents en disant « vous inquiétez pas, elle était bien au dernier moment, on s'y attendait pas » à dire qu'il faut pas qu'on rajoute en termes de culpabilité quoi. Parce que quand même, on était juste après les fêtes de Noël et sa mère, son frère et sa sœur n'avaient pas pris de nouvelles, le frère lui avait souhaité une bonne année, il m'a dit par texto, mais la mère pas. Alors que le père, lui, il l'avait reçu à Noël donc elle était très étonnée d'ailleurs la mère qu'elle ait été en contact avec son père. Pas dénigrer alors par exemple ce qu'on peut dire, c'est que nous et ça a été le cas, c'est qu'on ne s'y attendait absolument pas de la part de Lucie. [...] L'idée, c'est de le faire en tous les cas, en étant vraiment bienveillant, en facilitant le plus possible l'organisation des obsèques. Parce que quand même organiser des obsèques, c'est quand même quelque chose, hein. (Rose, directrice service jeunes majeurs, ancienne éducatrice spécialisée)

Bienveillance, laisser une bonne image de la personne partie, rassurer, peut-être aussi disculper les intervenants en soulignant qu'aucun signe ne laissait présager qu'elle allait passer à l'acte sont autant de stratégies requises dans le travail de soutien des familles dans cette épreuve. Gérer les émotions de la famille sans se laisser trop affecter par la situation nécessite une mise à distance acquise par l'expérience, mais aussi par la position plus en retrait des directeurs. Cette directrice, avant cheffe de service dans un foyer pour personne sans domicile, explicite le coût psychique des premières annonces qu'elle a dû faire tout en manifestant une plus grande distance acquise par l'expérience.

D'autres témoignages font état d'une communication défailante sur l'annonce des cas de suicide aux professionnels. Par exemple, Rose raconte le suicide de deux jeunes mères suivies par les services sociaux n'ont pas été annoncés à l'équipe « *ça se dit pas spécialement. On a pas trop partagé pour les deux mères qui se sont suicidées. Mes collègues n'ont pas vraiment été informés, je crois pas. On en a pas spécialement échangé* ». Ces non-dits vont, dans certains cas, devenir rumeurs, des « formes de pathologies de la communication », pour reprendre les termes de Molinier. Elles seraient « le symptôme de l'absence de débat sur le travail » (Molinier, 2009 ; Dejours, 1993). Dans un service jeunes majeurs, le référent d'une jeune suicidée a été le seul de son équipe directement informé du décès par son directeur. Pourtant, la nouvelle ne tarde pas à se répandre parmi ses collègues. Une des éducatrices de l'équipe, Sara, témoigne « *Ça a pas été traité. On en a pas parlé, c'est un fait, on le sait parce que l'on connaît le référent et que c'est... mais on n'a pas eu de réunion d'équipe pour en parler.* » L'équipe apprend la nouvelle au fur et à mesure et de façon informelle « *Ah t'es au courant? Il y a une petite de A. (son collègue référent) qui s'est suicidée* ». De ces nouvelles apprises au

détour d'un couloir, le risque d'amplification, de déformation ou de potentielles projections et fantasmes est grand :

Et en plus, ça reste toujours flou de comment elle s'est suicidée, par exemple, c'est un truc concret. Certes, il y a une enquête. Moi, je sais toujours pas. [...] moi j'ai entendu, elle a pris des médicaments, mais je sais pas, je sais même pas si c'est ça officiellement je sais pas par quel moyen. Enfin je ne sais pas. On reste avec un truc fou quoi.

Difficile d'avoir accès aux retentissements de cette communication non officielle et aux rumeurs qui en découlent sans un travail d'observation plus poussé. En revanche Sara souligne que la non-diffusion formelle a entraîné des disparités d'informations dans l'équipe et des distorsions non régulées institutionnellement. En plus de ces théories erronées potentiellement néfastes pour les dynamiques institutionnelles, ce silence institutionnel n'aurait pas permis de soutenir collectivement le collègue référent alors que cet étayage semblait nécessaire, « *il était vraiment mal* » comme le rapporte Sara.

Un deuxième décès survient alors que l'éducateur référent est le même que le décès par suicide. Mort résultant cette fois d'un souci de santé, le service décide de faire une annonce par mail à l'ensemble de l'équipe en expliquant les causes du décès ce qui n'avait pas été réalisé lors du premier cas. Alors que cette deuxième jeune est décédée à l'hôpital, l'équipe fait l'hypothèse que le premier décès par suicide, en raison de son caractère tabou, n'a pas bénéficié du même traitement institutionnel tandis que le second, en dehors d'un foyer d'accueil de l'ASE, était plus acceptable donc plus annonçable. Cette hiérarchisation des morts, par le traitement inégalitaire de leurs annonces, accroît le sentiment d'une omerta qui viserait principalement à protéger l'institution de l'infamie de cette mort honteuse. Au lieu d'éviter le risque de contagion de la rumeur, cette silenciation sur le décès par suicide a produit l'effet inverse :

Et puis vous savez, l'administration, elle aime pas trop qu'on cherche hein, voilà. Donc moi qui étais dans le secteur mineur, on n'en a pas su plus hein, on sait seulement que ça avait bien remué parce que c'est un jeune qui avait été à l'hôtel, donc ouh là là là là. Ça avait remué, remué parce que ce qu'il faut savoir, c'est que quand il y a des suicides, bien sûr, là-haut ils veulent absolument une note, les motifs, et cetera, hein. Ouah là, parce que dans le compte rendu d'activité hebdomadaire, ce sont des événements dont il faut faire état. Donc ce qu'attend quand même notre instance, c'est que le travail a été fait et qu'on puisse le dire (Rose, directrice service jeunes majeurs, ancienne éducatrice spécialisée)

Ces processus de disculpation de la responsabilité prennent alors le pas sur la recherche des causes. L'article de Pascale Molinier soulève également la question de l'angoisse derrière ces accusations de dissimulations d'une direction, l'angoisse « d'y être pour quelque chose » (2009). Il existerait donc un pôle désintégré du suicide, quand par exemple une communication officielle n'est pas délivrée de la même manière auprès de tous les salariés tout en aménageant une particularité d'annonce pour les salariés concernés. Ces annonces, si elles requièrent un travail émotionnel difficile et sur le fil, ne donnent pas forcément lieu à un travail réflexif, sur les effets pour les travailleurs sociaux de la réception de ces nouvelles surtout quand les informations sont lacunaires. Les enquêtés peuvent avoir le sentiment, pour un certain nombre d'entre eux, qu'il existe des formes de tabou et de silenciation quand il se produit un tel drame. « *J'ai vraiment l'impression que cette question de suicide, c'est tabou pour beaucoup de personnes, c'est un réel tabou en fait. Je sais pas. Il y a des structures qui en parlent, d'autres qui en parlent pas, d'autres qui sont spécialisées en fait. Enfin moi c'est toujours ce ressenti de me dire que ouais, c'est un réel tabou pour beaucoup de personnes* » selon Eric, éducateur d'un service ASE.

En conclusion, le soin pris dans l'annonce et le travail relationnel à l'issue d'un suicide reste hautement complexe, car il est chargé d'émotions parfois difficiles à recevoir comme la colère, la demande de compréhension, les récriminations. Cette gestion des annonces, de l'accompagnement de la famille après le décès, reste assumée par les cadres ce qui démontre toute la portée symbolique de ce travail. S'il est prioritairement tourné vers les familles, les autres jeunes, des enquêtés peuvent avoir le sentiment d'une omerta qui ne ferait qu'accroître leur suspicion vis-à-vis d'une gestion institutionnelle jugée défaillante de ces drames³⁷. Ainsi, le rôle cadrant, contenant des institutions doit être particulièrement soigné au moment de ces événements, car il conditionne en partie la possibilité ensuite d'avoir de l'égard et de traiter la souffrance des salariés.

3.2 Des cérémonies désintégratives

Après ce travail d'annonce, une autre étape incontournable est celle des cérémonies funéraires, rites essentiels dans le travail de la symbolisation et d'élaboration psychique du deuil tant au niveau individuel que collectif. Ces rites ont la particularité d'être intégratifs en ce qu'ils ressoudent les personnes autour de l'absent. « Les rites communautaires constituent l'excellente voie de protection contre les complications » (Bacqué et Hanus, 2000). En effet, leur valeur hautement symbolique montre qu'ils sont « lourds d'enjeux sociaux et de sens anthropologique » (Bernard, 2009). Comment sont-ils assurés dans les quelques cas de suicidés dont nous avons pu recueillir les témoignages ?

En grande majorité, les cadres des institutions concernées par un suicide se rendent aux enterrements surtout dans une perspective de représentation institutionnelle :

D'un point de vue pratique et symbolique, c'est très important, c'est mon adjointe qui est allée aux obsèques pour représenter l'institution. On y tenait beaucoup. [...] Moi, j'ai tenu, c'était pendant mes congés et je me suis organisé avec mon adjointe pour qu'elle y aille et qu'elle représente le service. Mais c'est vrai que là... Ce qui me semble important, c'est que l'institution soit représentée et bon en la mémoire de la jeune et aussi vis-à-vis des parents. (Paul, directeur service jeunes majeurs)

Cette fonction de représentation prédomine même si la dimension plus émotionnelle de cette participation à l'enterrement en tant que rite à destination d'une personne affectée par le décès reste peu présente dans les récits où la tristesse et le recueillement ne sont pas évoqués. L'organisation des obsèques ou le soutien dans cette tâche est également incontournable, ce qui nous permet de postuler le rôle symbolique des institutions comme facilitateur et parfois producteur de cet échange social cérémonialisé. Quand les relations avec la famille le permettent encore, les services sociaux proposent généralement une aide financière pour contribuer aux obsèques pour des parents aux ressources socio-économiques souvent modestes. Comme le raconte Rose, directrice d'un service de l'ASE, qui a pour objectif de faciliter l'organisation des obsèques et que les parents payent le moins possible :

Elle [son adjointe] a aussi beaucoup travaillé pour permettre le financement de ces obsèques, comme le souhaitaient les parents, très discutable hein, mais aussi parce que très bienveillante. [...] Il y a aussi ce qui joue dans la dette de l'institution vis-à-vis d'une gamine. Et puis, nous, en voyant un papa limité intellectuellement, on lui a pas demandé son compte en banque, mais on l'a aidé dans les démarches. On l'a dit, faut faire ci, faut faire ça. 7000€ Comment on va

³⁷ Or comme le souligne très justement Dominique Lhuilier, « l'euphémisation d'un drame tel que l'autolyse en contexte de travail et l'omerta qui peut se déployer au service de postures défensives sont bien plus menaçantes que la parole. Et le soutien psychologique individuel, déconnecté d'une visée de transformation des situations de travail, conduit à traiter le symptôme et non ses conditions de production » (Lhuilier, 2010, p. 6).

trouver les sous ? Des parents quand même, qui étaient pas forcément en capacité, ça on pouvait le comprendre. [...] Les parents donc du coup il y avait moins cette culpabilité et pour la première famille, je les ai accompagnés pour la prise en charge des frais d'obsèques, ils ont acheté un Cercueil blanc très cher, plus de 4000€ Donc on a accompagné pour prendre en charge hein. Alors je leur ai dit, on va vous accompagner pour prendre en charge la moitié des frais d'obsèques. Ce qu'on a pu faire, hein, en interpellant un peu les différents services, mais je trouvais que c'était un beau marqueur de la culpabilité. Au moins pour l'accompagner, il y ait quelque chose de beau, de beau. (Rose, directrice service jeunes majeurs, ancienne éducatrice spécialisée)

Si le rôle institutionnel, par le levier de l'argent et la présence aux rites funéraires, est reconnu, rien n'est obligatoire. À chaque directeur de composer avec cet événement et la place qu'il juge opportun d'y occuper. Il s'avère même parfois que les travailleurs sociaux prennent en charge cette participation et l'organisation du rite. Accompagner les endeuillés dans ce travail rituel relève donc d'un implicite présupposant que la protection de l'enfance continue à accompagner le ou la morte. Cette fabrique du moment solennel en coulisse et comme représentant de l'institution sur l'instant démontre la volonté que l'hommage participe de « la paix des vivants » (Thomas, 1988) en mobilisant des compétences d'organisation, mais aussi émotionnelles. « L'enjeu de la transaction est donc de produire un rite possiblement « beau » ou « efficace », ce que l'observation des obsèques confirme » (Bernard, 2009). Enfin, le coût de ces obsèques n'est jamais que matériel, la nature de cet argent pourrait être interrogée sur un versant plus symbolique comme un geste de réparation, de culpabilité ou encore de dette de l'institution. Comme l'exprime Rose, cette participation financière sert à « *dire notre culpabilité, je dis, et c'est bien ce qu'on leur doit quand même, de notre part, au niveau de la protection de l'enfance quoi. Parce que des jeunes qui décèdent sur des lieux d'accueil mince* ».

Plus rares sont les cas où ces rituels d'adieu au défunt sont investis ou organisés à destination des professionnels et des jeunes, ceux qui ont côtoyé de manière quotidienne la personne qui s'est suicidée. Les propos de plusieurs directeurs expliquent que le rapport aux obsèques est très singulier et qu'il ne faut pas présumer du souhait des membres du groupe d'y participer. En effet, certains mineurs ou professionnels ne souhaitent pas se recueillir suite à la mort accidentelle d'une enfant dans une MECS, comme en témoigne un directeur de MECS :

Sans doute assez traumatisés [les enfants du foyer], ils ont dû aussi bénéficier du soutien de la psychologue. Il y a eu plusieurs types de comportements, même parfois des comportements, un peu de rejet vis-à-vis de la jeune fille. Et sur ce truc un petit peu de ...souvent, on a tendance un petit peu à se remémorer de la personne que sous les aspects positifs et il y avait des jeunes pour qui c'était assez insupportable de voir qu'on a finalement...J'arrive pas à trouver un mot approprié, mais en fait qu'on la défiait peut-être, mais c'est trop, c'est pas le bon mot. (Christophe, directeur foyer MECS et foyer d'urgence, ancien éducateur spécialisé)

Alors que plusieurs récits de ce type rendent compte d'une frilosité parfois des enfants ou des professionnels à participer au rite funéraire, la présence ou l'investissement subjectif dans ces événements ne peuvent s'imposer de l'extérieur pour respecter le cheminement intime de chacun dans le processus de son deuil. En revanche, il a été fait peu mention de l'organisation d'un hommage collectif et/ou personnel rendu par les professionnels comme par les jeunes, peut-être par manque de données de terrain. Un cas nous est toutefois relaté où les jeunes d'un foyer se sont rendus avec leurs éducateurs au cimetière après l'enterrement, la famille n'ayant pas souhaité la présence du foyer au moment des obsèques. Or tous sont revenus « choqués » de découvrir l'emplacement sans pierre tombale, « vide », la famille n'ayant pas eu les moyens d'acheter une pierre et n'ayant pas souhaité que les services sociaux y contribuent financièrement. Dans ce cas, nous pouvons faire l'hypothèse que les effets de projection sur la valeur du défunt représenté par ce lieu de recueillement « vide », pour des jeunes déjà fragilisés

par leur propre histoire personnelle peuvent s'avérer douloureux. Néanmoins, il est possible d'avancer que ce travail de dentelle relationnelle invisibilise souvent la place que peuvent prendre les professionnels eux-mêmes ou les jeunes dans ces rites dans les temporalités de leur propre travail de deuil et avec leurs outils de symbolisation. La comparaison entre ces deux obsèques de jeunes filles dans un service jeunes majeurs met en tension la présence et l'absence des acteurs des services sociaux comme en miroir aux rapports entretenus entre les familles en amont du décès et à l'image de l'existence sociale de ces deux jeunes filles dans l'espace institutionnel très présente et trop absente :

Q : Vous avez assisté aux obsèques ?

Ouais, oui, très peu de monde. Ce que j'ai trouvé très triste, c'est que finalement cette jeune femme n'y avait même pas une autre accueillie qui était présente (jeunes filles du foyer). Par contre pour Sonia, il y a eu aussi le secteur mineur qui est venu pour Sonia, pas pour Lucie. Sonia c'était quelqu'un qui était beaucoup plus attachant, parce que quand même à certains, elle exprimait qu'elle était en difficulté. Lucie, c'était quelqu'un qui était en retrait, qui ne demandait rien, qu'on pouvait complètement oublier. Sonia par contre on quand on la voyait quelque part, elle, elle pouvait être bruyante donc elle a son enterrement il y a eu le secteur mineur qui s'est déplacé ou quelqu'un de notre service aussi. Lucie alors Lucie, oui, je sais que la mère, en tous les cas, a refusé que le lieu d'accueil vienne. Ouais donc j'étais la seule qui représentait. (Rose, directrice service jeunes majeurs, ancienne éducatrice spécialisée)

Avant cette absence de participants aux obsèques, Lucie, la jeune femme mentionnée, est restée trente jours oubliée à la morgue, par les services d'autopsie et oubliée lors de l'enquête de gendarmerie. Le cumul de ces oublis fait écho, pour Rose, à la vie de la jeune fille où elle passait son temps à se faire oublier de tous, dans son appartement en semi-autonomie, des intervenants sociaux, de ses référents du service jeunes majeurs, de ses camarades et de sa famille. Le nombre très faible de personnes à son enterrement, l'oubli du corps durant un mois semblent à eux seuls témoigner de l'invisibilisation de la jeune fille.

Un dernier cas rare, mais emblématique est celui de la disparition d'un jeune. Une assistante sociale lors de son premier emploi dans un service d'hébergement d'urgence pour des jeunes de 18 ans où elle décrit que l'omniprésence du risque suicidaire nous raconte la tentative de suicide d'un jeune garçon guyanais dans sa chambre. « *Mais le jeune homme ne nous laissait aucun signe en fait visible d'un passage à l'acte ou d'un désespoir ou d'une tristesse ou d'un mal-être puisqu'il ne parlait pas, il était réellement dans un mutisme important* ». Au cours des deux années qui ont suivi le passage à l'acte, elle décrit ses difficultés à travailler avec lui, les différents suivis qui se sont mis en place à l'issue de la TS. Après plusieurs mois d'un travail resserré de mise en confiance, d'échange, d'orientation thérapeutique et sociale : « *il retrouvait un peu goût à la vie entre guillemets et un jour, plus de nouvelle* ». L'assistante sociale confie penser toujours plusieurs années après à ce jeune homme disparu dont elle ne saura jamais s'il a pris un avion pour repartir sur sa terre natale ou s'il a mis fin à ses jours. L'énigme entourant cette situation occupera une bonne part de l'entretien. Au-delà de l'impossibilité à comprendre et à saisir, cet accompagnement, remontant à quinze ans, hante toujours la professionnelle, confrontée à un deuil impossible et inassimilable :

Oui on saura jamais, donc on vivra toute notre vie avec ça, [...] on le saura jamais. On saura jamais ce qu'est devenu Julien, on saura jamais où est-ce qu'il est. On saura jamais ce qu'il a traversé. On saura jamais s'il est vivant ou non, mais on a été là et on l'a aidé du mieux qu'on a pu avec ce qu'il nous a permis de faire. Vous voyez. [...] Et qu'il me dise j'ai envie de me suicider, j'aurais préféré qu'il me le dise ou qu'il nous laisse un mot. Vous voyez. En fait, on est toujours dans ce questionnement-là, mais au final. On ne saura jamais et c'est vrai que c'est pesant. Et puis après, on vit avec, mais oui (Elise, assistante sociale, service jeunes majeurs)

Ces rites censés être intégratifs mettent malheureusement en scène également des failles, des formes de délitement (un conflit avec la famille, l'ostracisation du lieu d'accueil des obsèques, l'absence de participants, l'absence de pierre tombale) et d'anomie qui sont autant de témoignages d'une désintégration des liens, parfois à l'image des conflits, de l'embarras ou de la culpabilité des services sociaux dans la place à y occuper. Ces moments symboliques deviennent des cérémonies où s'exposent les tensions, les solitudes, les difficultés socio-économiques dans lesquelles étaient aussi pris les suicidés avant leur décès. En cela, nous pouvons faire l'hypothèse qu'ils ne constituent pas forcément des moments aisés à vivre pour les jeunes ou les professionnels de l'entourage tout en étant des étapes symboliques souvent essentielles au deuil. Ces flottements dans les rites de leur appropriation par les jeunes ou les professionnels aux difficultés à les rendre apaisés, sereins font écho à la fois au fait que la théâtralité du rite ne suffit plus à masquer les failles qu'ils révèlent. Ils pourraient renvoyer en miroir aux jeunes comme à tout l'entourage qu'ils représentent des vies fracturées. De manière générale, les « nouveaux régimes de deuil » sont plus individualisés ou personnalisés (Bernard, 2009), mais nous avons aussi vu que leur portée collective et leurs effets symboliques sont amoindris dans les cas relatés. Les cérémonies funéraires semblent davantage relever d'une désymbolisation pour les différents acteurs de l'institution où a eu lieu le suicide ou d'une symbolisation contrariée quand les cérémonies ne renvoient pas le sentiment d'un rite digne, qui rend hommage à l'honneur de la personne décédée. Ainsi, le collectif ne fait pas corps autour de la personne défunte et ne se ressoude pas autour de son absence.

Conclusion

Cette partie a permis de montrer que le risque suicidaire ou le suicide avéré dans les institutions sociales ou de soin a de fortes répercussions sur les vécus professionnels et les dynamiques collectives. L'exposition au risque suicidaire irrigue le sentiment de culpabilité qu'il soit le fruit d'un auto-jugement des professionnels sur leurs propres pratiques ou encore lié à un climat délétère, où les jugements et les accusations réciproques entre collègues, institutions ou sur la scène médiatique contribuent à produire de la méfiance et à affaiblir le collectif et la confiance en ses capacités professionnelles. Nous avons également montré que les conséquences du risque suicidaire sur les professionnels sont minimisées. En effet, si les mots « traumatismes » sont souvent employés, un manque d'identification de la massivité des phénomènes d'arrêts du travail et des arrêts du processus réflexif par sidération persiste. Pourtant, même si l'absence ou les limites des dispositifs de prise en charge des troubles psychosociaux ont régulièrement été pointées par nos enquêtés, nous avons aussi constaté que les espaces de parole proposés s'avèrent inefficaces pour contrecarrer la silencieuse et le tabou qui entourent le phénomène suicidaire. Alors que les professionnels ne s'autorisent pas à parler de la problématique suicidaire dans le cadre du travail, des raisons propres aux résistances intimes ou à la peur du jugement montrent qu'un des enjeux n'est pas seulement d'ouvrir ce type d'espace, mais aussi de poser les conditions pour qu'il soit permis et possible d'y parler. En cela, les institutions auraient tout intérêt à relever et à soigner l'importance des annonces, des rites de deuil et des cérémonies funéraires. Le rôle de contenance institutionnelle pour éviter l'anomie professionnelle et la déstructuration des collectifs a pour préalable de déjouer le tabou et la honte ou la culpabilité inhérents au geste suicidaire.

Conclusion générale

Ce rapport, fruit d'un travail d'enquête de deux ans, a mis pour la première fois en lumière les enjeux méta-théoriques pratiques, relationnels et psychologiques de l'accompagnement des adolescents résidant au sein de foyers et présentant une problématique suicidaire. Dans l'objectif d'élaborer des perspectives d'action pour dépasser les épreuves et les dilemmes pratiques, il s'est agi d'étudier tout à la fois les processus de repérage, l'accompagnement des adolescents, le travail collaboratif et le travail réflexif menés par les professionnels.

Le premier enjeu majeur souligné est celui du repérage des adolescents présentant une problématique suicidaire, un préalable incontournable au déploiement de pratiques préventives et à l'orientation vers les soins. L'enquête fait apparaître une minimisation du phénomène par les intervenants sociaux de première ligne, la difficile localisation de la souffrance, le brouillage du risque suicidaire dans un continuum de conduites à risque. À l'impossible désignation 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 et de la souffrance entrent souvent en tension avec les enjeux du quotidien, et le mandat éducatif qui vise l'acceptation de la contrainte et l'autonomisation. Le risque suicidaire s'il peut sembler faire l'objet d'un refoulement structurel en raison du manque de ressources humaines, matérielles et théoriques (notons notamment l'absence de formation au sujet du suicide) 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 faire appel à 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 comme 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 quand 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.

Enfin, les limites à conduire une telle enquête ne sont pas éloignées des blocages précédemment décrits dans les institutions d'accueil et de soin. Innommable, déni, malaise, culpabilité et crainte de réactiver des traumatismes, indicible et colère, ont aussi été le lot du travail ethnographique et, à plus forte raison, du travail d'élaboration. Il a nécessité de s'aventurer dans les zones troubles de l'énigme du suicide et de se faire violence pour pouvoir penser malgré tout. Parce qu'il y a un coût psychique à une telle exploration, tant elle charrie des interrogations existentielles sur le rapport de chacun à la mort, à la perte et aux failles du social, elle convoque ce qu'il y a de plus intime et difficile à appréhender. C'est pourquoi persistent de nombreux doutes et questionnements, à l'issue de ce travail, sur ces enfants qui ont emporté avec eux leurs histoires et leurs motifs que nous ne pourrions jamais complètement approcher, mais qui nous ont laissé, au même titre que les professionnels qui les accompagnaient, leurs questions.

Recommandations

Il est difficile de ne pas aborder en préambule de ces recommandations, les besoins de financement que connaissent, à notre époque, les secteurs de la santé comme du travail social. C'est notamment les manques en matière de ressources humaines et d'investissement dans les expérimentations qui sont au cœur du discours des enquêtés sur les freins et les empêchements auxquels ils se confrontent.

Établir l'ampleur d'un phénomène

L'existence d'un surrisque suicidaire spécifiquement féminin chez les adolescents placés semble très probable puisqu'on constate une part anormalement élevée de suicides féminins dans les cas tirés de la presse ou de nos entretiens avec des professionnels. Ce surrisque reste inexpliqué. Le manque de fiabilité des codages et des remontées d'information sur les tentatives de suicide au niveau des départements et les défauts de remontées d'information des départements vers la DREES concernant les décès par suicide empêchent une mesure et une connaissance du phénomène suicidaire (TS et suicide) tant chez les filles que chez les garçons. Il conviendrait donc d'engager une démarche d'enquête assez basique de dénombrement des cas de TS et de suicides comprenant la collecte des données de contexte immédiat et de mode opératoire et des données disponibles sur les auteurs (données personnelles et familiales, données de parcours institutionnel), l'objectif prioritaire étant d'identifier des caractéristiques et des configurations de caractéristiques associées à une majoration du risque suicidaire (en premier lieu féminin) pour pouvoir imaginer d'autres pistes de repérage, de prévention et d'intervention que celles qui suivent.

Le repérage des états suicidaires

En ce qui concerne le repérage des états suicidaires, nous avons constaté au cours de l'enquête que l'application de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 imposant l'évaluation médicale et psychologique dans les premières semaines du placement était loin d'être satisfaisante. Il s'agit donc dans un premier temps de rappeler les acteurs à l'application de la loi. Il nous paraîtrait, en outre pertinent (au regard des difficultés récurrentes rencontrées par les professionnels de première ligne pour trouver des soignants) de constituer dans chaque département, au sein des services de l'ASE, des équipes médico-psychologiques dont une des missions pourrait être la réalisation de ces bilans. Ces équipes pourraient, de même, s'assurer de la qualité des suivis de santé et de la réalisation des Projets Pour l'Enfant et être saisies si besoin par les professionnels de première ligne pour évaluer le niveau d'urgence suicidaire et conseiller les professionnels en cas d'impasses ou d'inquiétudes. Ces équipes pourraient enfin être mobilisées dans le cadre du travail partenarial avec les établissements et services de pédopsychiatrie.

Le traitement des vécus traumatiques

En ce qui concerne la prévention, plusieurs enquêtes épidémiologiques nous renseignent sur l'existence d'un surrisque suicidaire lié à certains vécus traumatiques et notamment à l'inceste et aux violences sexuelles (Enquête Virage, INED, 2015). Une première question qui doit donc nous préoccuper est le traitement de ces vécus traumatiques dans le cadre des mesures de protection de l'enfance. Ainsi, il semble important de préconiser un adressage des mineurs ayant subi des traumatismes à des spécialistes à même de leur proposer un suivi médico-thérapeutique adapté et éventuellement à des associations spécialisées. Il semble de même décisif de ne pas laisser les actes commis envers les mineurs sans réponse et ainsi de procéder quand les faits subis relèvent de ces instances (ce qui selon nos enquêtés est encore trop rarement le cas) à des plaintes au pénal et à des saisines du juge des tutelles.

L'adressage des adolescents en souffrance psychique

En ce qui concerne l'orientation, il faut tout d'abord saluer l'existence au sein des établissements et services de la protection de l'enfance d'un réflexe bien ancré (du moins chez une partie agissante des professionnels) d'adressage des mineurs (dont l'état psychologique les inquiètent) aux établissements et services pédopsychiatriques. Lorsqu'aucun suivi de santé mentale n'est mis en œuvre, c'est généralement comme nous l'avons vu du fait soit des services et établissements de soin soit d'un refus des mineurs eux-mêmes.

Ainsi, au-delà, d'augmenter l'offre de soin, il importe de faire de la socialisation aux soins une composante du travail socio-éducatif, de penser l'incursion du soin dans la vie quotidienne c'est-à-dire la manière dont les intervenants sociaux peuvent avec le support de leurs outils (notamment l'écoute, le questionnement, l'attention) encourager les mineurs à identifier les signaux d'alarme de leurs états de mal-être, à verbaliser leurs émotions, à faire preuve de réflexivité.

Une deuxième difficulté concernant l'orientation est le fait qu'elle s'avère parfois excessive. Des « excès » qui participent à la déstabilisation de l'organisation interne des établissements de protection de l'enfance (les accompagnements notamment aux urgences étant très coûteux en termes de temps), de l'« embouteillement » (déjà très critique) des établissements et services pédiatriques et pédopsychiatriques, de la « chronicisation » de certains mineurs en demande « excessive » de soins. Ainsi l'importance pour les professionnels de première ligne de bénéficier d'un soutien en matière d'évaluation de l'urgence suicidaire, soutien que pourraient leur apporter les équipes médico-psychologiques susmentionnées.

L'accompagnement de santé

En ce qui concerne l'accompagnement de santé, notons en premier lieu la nécessité de limiter les pertes d'informations. Il s'agira pour ce faire d'encourager la pratique d'entretiens de santé en début de mesure avec les mineurs et le cas échéant avec les parents et les anciens lieux d'accueil. Il s'agira, de même, de privilégier l'accompagnement au sein des établissements et services de soin par du personnel « pérenne » (et non par des stagiaires ou des remplaçants).

La formation des professionnels de première ligne

De nombreux professionnels de la protection de l'enfance ont fait part durant les entretiens d'une conception très fataliste du suicide, il s'agira en premier lieu, de faire évoluer ce type de conception inconciliable avec une démarche préventive. Au regard ensuite du très faible niveau de formation constaté, nous pouvons que soutenir l'effort de diffusion entrepris par le GEPS et la HAS du « module 1 : Intervention de crise/ crise suicidaire ». Il semble, en effet, prépondérant que l'ensemble des professionnels de première ligne puissent être, au moins, en mesure : de poser la question des idées suicidaires ; de recevoir la parole des mineurs ; d'y répondre par l'adressage à des cliniciens à même d'évaluer l'urgence de la situation ; de réaliser les accompagnements de santé ; de soutenir les plans de sécurité et les stratégies de Coping élaborés par les mineurs et leurs soignants.

Au regard en outre des grandes difficultés générées, selon les enquêtés, par leur confrontation aux crises des adolescents et aux tentatives de suicide, il semblerait fort pertinent qu'ils puissent bénéficier de même de formations aux premiers secours et sur la gestion des conflits et de la violence.

La sécurisation des accompagnements par la protection de l'enfance

En ce qui concerne l'accompagnement par la protection de l'enfance, comme de nombreuses études en témoignent, l'exclusion des établissements d'accueil est un facteur de fragilisation de l'état psychique des mineurs et de leur suivi de santé ainsi nous ne pouvons qu'encourager toutes les initiatives visant à soutenir et renforcer les équipes faisant face à des accompagnements difficiles. On peut, de même, regretter l'absence de structures intermédiaires entre les MECS classiques et les établissements médico-sociaux ainsi que le tarissement de l'offre de lieux de vie proposant des séjours de rupture.

Les leviers pour agir sur les facteurs de risques suicidaires primaires sont faibles pour les ES et ME de la protection de l'enfance, car les missions socioéducatives sont peu compatibles avec une mission thérapeutique de surcroît peu praticable du fait des conditions de travail et du manque de formation. Ces mêmes conditions de travail, combinées à des représentations spécifiques sur le mal être des jeunes placés rendent incertain l'objectif de faire de ces travailleurs sociaux, même ceux formés à l'entretien clinique, des intervenants de niveau 2 aptes à l'évaluation et à l'orientation. Même un rôle de repérage semble entravé. Restent donc les possibilités d'agir sur des facteurs de protection plus environnementaux, d'ambiance, relationnels et informels plutôt qu'ancrés dans une relation duelle formelle, socioéducative ou explicitement orientée sur l'élaboration psychique en lien avec les idées suicidaires. À ce titre quelques premières pistes peuvent être avancées :

- Les IMV, OD et ingestions de produits ménagers apparaissent moins dangereuse dans un cadre de prise en charge en collectif avec présence permanente de personnel (aucun décès par IMV ou OD rapportés en MECS ou foyer d'urgence, contrairement aux appartements éducatifs et aux hôtels).

- Un des risques majeurs de décès est la pendaison, quel que soit le lieu de prise en charge. L'action environnementale contre ce mode opératoire semble plus passer par une limitation des possibilités de suspendre un lien (points d'accroche conduisant à une suffocation grâce au poids de la victime) que par une limitation de l'accès à des liens permettant de se pendre ou de s'étrangler. D'une part parce qu'il semble impossible de contrôler l'accès à des objets faisant office de lien (lacets, ceinture, pyjama, drap), d'autre part parce que les auto-strangulations (sans accroche du lien en hauteur) semblent ne pas conduire à la mort.

- Les inquiétudes et conduites préventives liées aux objets coupants semblent vaines pour les phlébotomies et les scarifications. D'une part parce qu'aucun décès de ce type n'apparaît. D'autre part parce des professionnels indiquent que des jeunes arrivent à introduire des objets coupants dans la MECS (et même dans des services, de pédopsychiatrie), enfin parce que des cas de scarifications sont cités avec des objets détournés (languette d'ouverture de canette en aluminium, stylo en plastique, bout de verre, petite pièce cruciforme en plastique positionnée entre des dalles de carrelage et extraite après avoir gratté le ciment de jointure, ou même scarification avec les ongles...). Le contrôle de l'accès aux couteaux et aux ciseaux ne se justifie donc que pour limiter (et non supprimer) le risque de scarification, ainsi que pour limiter le risque et la gravité de violence sur autrui.

- il serait préférable que pour des suites de crise, lorsqu'il est fait appel à un éducateur en renfort, celui-ci (intérimaire ou autre) soit sur les jeunes qui vont moins mal pendant que l'éducateur faisant du « un pour un » avec le jeune en difficulté soit son éducateur référent et/ou si possible celui avec lequel il est le plus en lien.

Les lieux de placement

En ce qui concerne les lieux de placement, il est regrettable de constater - malgré la loi du 7 février 2022 n°2022-140 - la persistance des placements en hôtel. Il y a toutes raisons de penser

que les placements en hôtel comme d'ailleurs en semi-autonomie constituent des mises en danger des mineurs présentant une problématique suicidaire. Il s'agit de modalités de placement présentes dans 6 suicides sur 18 dans la presse et dans 5 suicides sur 13 dans les témoignages recueillis pour cette enquête. Les IMV, OD et ingestions de produits ménagers apparaissent moins dangereuses dans un cadre de prise en charge en collectif avec présence permanente de personnel (aucun décès par IMV ou OD rapportés en MECS ou en foyer d'accueil d'urgence, contrairement aux services de semi-autonomie et aux hôtels).

L'offre de soins

La comparaison de trois territoires présentant des différences dans l'architecture de l'offre de soins de santé mentale permet d'établir une plus grande satisfaction de l'intégralité des collaborateurs au sein du territoire dans lequel une Maison Des Adolescents fait office de tête de réseau. La constitution d'une institution charnière semble ainsi décisive pour favoriser la collaboration des professionnels et l'accès aux soins des mineurs.

Stabilité des liens du quotidien

Des professionnels décrivent des jeunes souvent demandeurs de relations saines, teintées de liens affectifs pouvant s'exprimer, peu déterminées par des problématiques stressantes comme les études, la prise d'autonomie, l'insertion et peu en lien avec des questions d'infraction au cadre et aux règles. L'évocation en passant des doudous, des câlins, de quelques flirts amoureux « public » (connus des autres jeunes et des professionnels) entre jeunes d'un même établissement (sur le registre de la blquette, avec un contraste saisissant par rapport à la brutalité des histoires de sexe avec un inconnu lors de fugue chez d'autres jeunes) amène quelques pistes, ayant chacune beaucoup d'inconvénients, mais susceptibles de produire des facteurs de protection contre le risque suicidaire par attachement à autrui et par crainte de laisser seul ou de peiner un être apprécié et dont le jeune sait qu'il l'apprécie en retour. Dans ce registre, l'option de la présence d'animaux de compagnie en MECS serait à envisager. Il conviendrait aussi de ne pas séparer les fratries du moment que les relations sont équilibrées et affectives (et quand bien même elles seraient « trop » fusionnelles). De même, dans l'éventualité où deux jeunes d'une structure commenceraient une relation amoureuse qui ne leur crée pas de problème, il conviendrait d'éviter de les séparer. Plus généralement, les orientations politiques récentes se sont peut-être trop focalisées sur la question du maintien des liens avec les parents et pas assez sur les possibilités de développement et de maintien des liens avec des amis sûrs.

Il conviendrait aussi que les professionnels expriment plus d'attention. L'idée peut sembler inacceptable au regard des canons socio-éducatifs des ES et ME, en raison de manque de distance et de professionnalisme qu'elle porte, en raison des confusions qu'elle induit dans les figures d'attachement, en raison des faux espoirs pouvant être générés (la présence d'un éducateur et d'une prise en charge en MECS est vouée à s'interrompre), en raison des conflits de loyauté si un attachement « concurrent » se met en place à côté des liens parents enfants. C'est pourtant cette idée d'un attachement à un adulte sûr et d'un regard valorisant d'un adulte sûr sur le jeune que les professionnels psychologues en MECS ou en MDA, ainsi que les pédopsychiatres, amènent assez souvent en entretien.

L'action sur les risques psycho-sociaux

Les conduites à risque, et à plus forte raison, le risque suicidaire peuvent générer des risques professionnels et ont des répercussions sur les institutions de protection de l'enfance ou soignante, ce qui rend indispensable le soutien à l'entourage professionnel. Mesurer ces retentissements et leurs effets tant au niveau des autres jeunes que des professionnels est une

première étape incontournable en amont de tout travail de traitement et de postvention. Reconnaître leur mal être implique de déjouer les processus de minimisation et de banalisation et les stratégies de silence, de déni, de sidération, de non identification ou d'exit de ces professionnels. Mieux identifier la souffrance professionnelle, c'est aussi permettre à des intervenants d'améliorer le repérage et la qualification du risque suicidaire en étant suffisamment solides et à l'écoute pour ne pas se laisser submerger par l'inquiétude suscitée.

Pourtant comme nous l'avons vu, le suicide est souvent perçu comme une mort infamante, voire honteuse, la silenciation et le tabou social et culturel qui l'entoure pèsent comme une chappe de plomb dans les institutions de protection ou de soin paralysant la circulation de la parole. L'une des conditions du dépassement de la sidération, des départs ou des arrêts maladie est d'offrir l'espace d'une remise en mot, en dépit de ce que le suicide représente d'impensable. Préserver l'institution du silence implique à la fois de ne pas tomber dans le tabou ni dans le sensationnalisme ni encore d'opter pour un forçage qui consisterait à trop en faire. En s'appuyant sur le constat des enquêtes d'un manque de dispositifs d'écoute pouvant traiter de ces impacts sur les salariés, ce travail de recherche montre la nécessité d'insister à nouveau frais sur l'importance des espaces de réflexivité informels comme formels : partage d'expérience avec les collègues, discussions d'équipe autour du décès, analyse des pratiques, supervision ou intervision, échange avec les pairs survivants et débriefing.

Par ailleurs, le travail de réflexion collectif et de remise en question ne peut advenir que dans un climat de confiance où le blâme, la peur des répercussions ou la menace n'ont pas leur place. Être vigilant aux jugements, à la recherche de responsables et aux mécanismes de culpabilisation implique de contenir les équipes et de laisser les dispositifs comme les commissions d'enquête mener leur travail sans être perçus comme inquisitrices. Pour cela, lutter contre la silenciation ne peut se faire sans une politique institutionnelle. Tout d'abord, les limites de la responsabilité qui incombe à chacun dans ce genre de circonstance méritent d'être posées de manière claire et en amont. Ensuite, une politique de formation sur la problématique suicidaire devrait s'imposer à la fois pour préparer les professionnels au repérage et les outiller à la prise en charge mais aussi comme première étape de prise en compte de ce risque sans le refouler. Enfin, la possibilité d'interroger en tant que telle l'histoire institutionnelle et ses évolutions pour mieux saisir le drame dans son contexte est également incontournable. Ouvrir cette possibilité de mise en question institutionnelle, c'est aussi permettre aux collectifs de travail de mener leurs propres auto-analyses, désencombrées du risque d'accusation.

Parce que les dispositifs réflexifs deviennent parfois des espaces de jugements et de méfiance où s'énoncent les normes de bonnes pratiques, les conditions de leur mise en place doivent tenir compte de la manière dont la problématique suicidaire rend plus difficile d'établir la distinction entre ce qui relève du personnel et du professionnel. L'exposition au risque suicidaire et à ce qu'il fait à chacun des professionnels est parfois trop difficile à aborder dans l'espace du travail. Nous suggérons de poursuivre la réflexion sur la piste du suivi individualisé ou la recommandation d'un suivi thérapeutique ou de supervision individuelle en dehors de l'institution en complément d'un travail de reprise collectif.

De plus, pour que cette parole puisse advenir de nouveau parmi le collectif de travail, un préalable essentiel consiste à trouver le ton et le temps juste de l'annonce avec un soutien émotionnel et informationnel immédiat. Ces moments essentiels peuvent être tout autant des facteurs de risque comme de protection. Quand la diffusion de rumeurs et la propagation de l'information par bruit de couloir conduisent à instaurer un climat de méfiance, l'annonce pensée et adaptée à chaque situation en fonction de l'adresse est quant à elle un moment qui permet d'entrer dans le travail de soutien.

Enfin, nous avons également souligné l'importance de l'expression des rites en foyer de l'enfance et dans les institutions d'accueil qui participent du processus de deuil d'un décès par suicide. Même si les contextes de mort par suicide produisent des tensions et des malaises, ces moments ritualisés ne devraient pas être minimisés à destination des professionnels comme des enfants qui ont connu le ou la disparue tant leur portée symbolique et sociale s'avère importante.

Bibliographie

- Almquist, Y.-B., Rojas, Y., Vinnerljung, B., & Brännström, L. (2020), Association of Child Placement in Out-of-Home Care With Trajectories of Hospitalization Because of Suicide Attempts From Early to Late Adulthood, *JAMA Network Open*, n° 3-6.
- Amrous N. (2023), « L'aide sociale à l'enfance édition 2024 », *Les dossiers de la DREES*, Octobre, n° 115.
- Amsellem-Mainguy, Y., Le Grand, E. (dir) (2014), Éducation pour la santé des jeunes : la prévention par les pairs, *Cahiers de l'action*, n° 43.
- Aouar L. (2023), « Le signalement des évènements indésirables graves », *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 3300.
- Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Laurent F., Jouglu E. (2009), « La mortalité par suicide en France en 2006 », *Etudes et résultats*, n° 702.
- Atkinson, J-M. (1978), *Discovering Suicide: Studies in the Social Organization of Sudden Death*, Macmillan, London.
- Auger, M. (2019), *Les usage(r)s de la distance : le pouvoir des accounts dans les métiers de la relation : le cas des éducateurs de foyer*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Paris 8.
- Baba Neal, S. (2019), L'impact du suicide d'un client, *Actualités en analyse transactionnelle*, n° 167.
- Baudelot, C., & Establet, R. (2018), Le suicide un fait social, dans I. Coutant, S. Wang (dirs.), *Santé mentale et souffrance psychique, un objet pour les sciences sociales*. CNRS Editions.
- Baudelot, C., Establet, R. (2011), Le suicide aujourd'hui, dans C. Baudelot, R. Establet (dirs.), *Durkheim et le suicide*, PUF.
- Baudelot, C., Establet, R. (2006), *Suicide. L'envers de notre monde*, Seuil.
- Baumeister R. F., Stillwell A. M., Heatherton T. F. (1994), "Guilt : An Interpersonal Approach", *Psychological Bulletin*, n° 115-2.
- Baldassar L. (2010), « Ce "sentiment de culpabilité" », *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], n°41-1, mis en ligne le 21 octobre 2010, consulté le 10 mai 2024.
- Barreyre, J.-Y., Fiacre, P., Vincent, J., Makdessi Y. (2008), Une souffrance maltraitée, parcours et situations de vie des jeunes dits incasables, *Rapport de l'ONED*.
- Beaudoin I. et al. (2018), « Les meilleures pratiques de prévention et d'intervention en matière de fugues auprès des jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation », Institut national d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS, Québec).
- Bernard, J. (2009), La construction sociale des rites funéraires. Une transaction affective essentielle, *Pensée plurielle*, n° 20.
- Bossière, M. (2015), Liste d'attente en cmp enfants : danse avec un serpent de mer, *Enfances & Psy*, n°66.
- Bresson, M. (dir.) (2006), *Psychologisation de l'intervention sociale : Mythes et réalités*, L'Harmattan.

- Le Breton, D. (2008), Adolescence, famille et conduites à risque. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 40-1.
- Le Breton, D. (2016). Chapitre 12. Conduites à risque, dans D. Jeffrey (éd.), *Penser l'adolescence*, Presses Universitaires de France.
- Le Breton, D. (2020), Les conduites à risque des jeunes depuis quarante ans, dans R. Clarimon (éd.), *Quand l'ado nous questionne: Approches historique, clinique et sociologique*, Champ social.
- Brossard, B. (2010), L'automutilation : un rituel à même la peau : Modifier l'expérience par la manière dont on l'exprime, *Enfances & Psy*, n° 49-4.
- Brossard, B. (2014), *Se blesser soi-même. Une jeunesse autocontrôlée*. Alma.
- Bronsard, G. (2012), *Evaluation en santé mentale chez les adolescents placés L'épidémiologie à la relance de la pédopsychiatrie dans le champ de l'enfance en danger*, Thèse de doctorat de Médecine, Aix Marseille Université.
- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., Boyer, L. (2016), "The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System. A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Medicine*, Baltimore, n° 95-7.
- Bronsard G., Bruneau N. (2016), « Grandir retiré de sa famille : quelques enjeux cliniques et institutionnels concernant les enfants et les adolescents placés », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, n° 93.
- Bouvier G., Dellucci H. (2017), « Les traumatismes vicariants », *Pratique de la psychothérapie EMDR*, Dunod.
- Burns, B.-J., Phillips, S.D., & Wagner, H.R. (2004), Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n° 43-8.
- Campéon, A. (2003), De l'histoire de la prévention du suicide en France, *Actualité et dossier en santé publique*, n° 45.
- Campéon, A., Le Bihan-Youinou, B. (2016), Le développement des dispositifs d'aide aux aidants : une démarche d'investissement social ?, *Informations sociales*, n° 192-1.
- Carpentier, N. (2001), Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle, *Sciences sociales et santé*, n° 19-1.
- Cascarino, A. (2022), Supporter l'impuissance pour « soigner » les scarifications, *Rhizome*, n° 83.
- Castel, R. (1981), *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Editions de Minuit.
- Chagnon F. et al. (2001), « Suicide et délinquance juvénile : phénomènes distincts ou manifestation d'une même problématique ? », *Criminologie*, n° 34-2.
- Chambon, N., Gilliot, É., Sorba, M. (2020), L'intervention sociale à l'épreuve d'une préoccupation pour la santé mentale. Mobilisation du rétablissement et politique de logement d'abord, *Revue française des affaires sociales*, n° 2.
- Charles, C. (2021), *Tensions et émotions dans le travail social précaire. Enquête ethnographique dans les foyers d'enfants*, Octares.

Charrel M, Beauvais M-C, Da Silva E. (2009), Étude sur les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance de Maine-et-Loire. Conseil Départemental du Maine-et-Loire, Rapport n° 615.

Choquet, M., Hassler, C. (2009), La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse: Retour sur enquête(s), *Les Cahiers Dynamiques*, n° 44-2.

Commission Indépendante sur l'Inceste et les violence Sexuelles faites aux Enfants, *Violences sexuelles faites aux enfants : on vous croit. rapport public*.

Clot Y. (2013), « Suicides au travail : un drame de la conscience professionnelle ? », *Activités* [En ligne], n°10-2, mis en ligne le 15 octobre 2013, consulté le 10 mai 2024.

Cohidon, C., Rabet, G., Caillet, E., Imbernon, E. (2011), Risque suicidaire et activité professionnelle, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, décembre, n° 47-48.

Colin, V., Furtos, J. (2005), La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine, dans M. Joubert (éd.), *Répondre à la souffrance sociale*, Érès..

Cordier L., Laplaza V. (2009), « Les toxiques les plus courants et les plus dangereux ». 3ème Congrès de la société française de médecine d'urgence.

Costantino, C., Ferreira, É., Nys, C. (2013), Accompagner les soignants confrontés au suicide en institution, *Cliniques*, n° 5-1.

Costes, J.-F. (2020). Chapitre 37. Soutenir la question du soin : la pratique à plusieurs ou pour une articulation du social, du médico-social et du sanitaire, dans N. Touya (éd.), *Travailler en MECS. Maisons d'enfants à caractère social*, Dunod.

Coum, D. (2010), Culpabilité, dans D. Coum, *Repères pour le placement familial*. Érès.

Courtet, P. (2010), *Suicides et tentatives de suicide*, Lavoisier.

Cousien, A., Acquaviva, E., Kernéis, S., Yazdanpanah, Y., Delorme, R. (2021), Temporal Trends in Suicide Attempts Among Children in the Decade Before and During the COVID-19 Pandemic. *Jama Network Open*, Octobre

Coutant, I., Wang, S. (2018), *Santé mentale et souffrance psychique, un objet pour les sciences sociales*, CNRS Editions.

Coutant, I., Eideliman, J.-S. (2013), L'écoute de la souffrance. Traiter les fragilités dans une maison des adolescents, dans D. Fassin, *Juger, réprimer, accompagner*.

Danner Touati C. (2021b), *Facteurs de risque et de protection au cours du placement : étude du devenir à l'âge adulte des enfants placés*, Thèse de doctorat de psychologie, Université Paris 8.

Danner-Touati C. et al. (2021), « Facteurs de risque et de protections au cours du placement, associés à la santé mentale : une revue systématique de la littérature », *Devenir*, n°33-2.

Darmon, M. (2003), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, La Découverte.

Daure, I. (2013), Le couple parental face à la maladie psychique de leur enfant adulte, *Le Journal des psychologues*, n° 313-10.

Deffontaines, N. (2019), Comment enquêter qualitativement sur le suicide : La construction de trajectoires de suicidés auprès de « proches éloignés », *Genèses*, n° 117.

Deffontaines, N. (2021), Les suicides des agriculteurs : le déni de la dimension sociale. *Raison présente*, n° 218-2.

- Deffontaines, N. (2020), Le suicide fataliste revisité, *Sociologie* [En ligne], 11(2). Mis en ligne le 08 mai 2020, consulté le 12 octobre 2022.
- Deffontaines, N. (2021), Le suicide d'un éleveur bio. Quand le travail perd de son sens. *La nouvelle revue du travail* [En ligne], n° 18, mis en ligne le 01 mai 2021, consulté le 12 octobre 2022.
- Deffontaines, N. (2021), Les suicides des agriculteurs: pour une explication pluricausale de ce fait social, *Revista Pós Ciências Sociais*, EDUFMA.
- Dejours, C. (1998), *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*, Seuil.
- Dejours, C. (2008), *Travail et usure mentale*, Bayard.
- Delion, P. (2022), Histoire de la pédopsychiatrie, de sa genèse à aujourd'hui, *VST - Vie sociale et traitements*, n° 156-4.
- Demailly, L. (2011), *Sociologie des troubles mentaux*, La Découverte.
- Deneuil A. (2020), « L'accueil des mineurs protégés dans des structures non autorisées ou habilitées au titre de l'aide sociale à l'enfance », *Rapport IGAS n° 2020-018R*.
- Denis, J., Pontille, D. (2022), *Le soin des choses. Politiques de la maintenance*, La Découverte, SH Terrains philosophiques.
- Desvignes, S., Lozier, M., Beetlestone, E. (2021), *Open dialogue, une écoute polyphonique*, *Rhizome*, n° 79.
- Devereux, G. (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Flammarion.
- Dietrich-Ragon, P., Fréchon, I. (2022), Une enfance sous contrôle institutionnel, *Agora Débats/jeunesses*, n° 91-2.
- Douglas, J.-D. (1967), *The Social Meanings of Suicide*, Princeton University Press.
- Drongiti, A., Brossard, B. (2024), Sociologie du suicide : approches contemporaines, *Déviance et Société*, n° 48.
- Dugué P. (2021), Souffrance au travail et usure professionnelle des éducateurs(rices) spécialisé(e)s : l'apport d'une approche générationnelle et biographique en formation des adultes, *Education*, Université de Lille.
- Durkheim, E. (1897), *Le Suicide. Étude de sociologie*, Alcan.
- Durousset A. (2016), *Placé, déplacé*, Michalon.
- Ehrenberg, A. (1998), *La Fatigue d'être soi*, Odile Jacob.
- Elias, N. (2010), *Au-delà de Freud. Sociologie, psychologie, psychanalyse*, La Découverte.
- Emond, P. (2016), Chapitre 9. Le dialogue social à l'épreuve de la psychotraumatologie, dans : Philippe Zawieja (éd.), *Psychotraumatologie du travail*, Armand Colin.
- Even M. (2019), « Santé mentale des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance, revue de la littérature », *L'encéphale*, n°45-9.
- Eyraud, B., Velpry, L. (2014), De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ?, *Revue française d'administration publique*, n° 149-1.

- Fansten, M., Figueiredo, C., Pellut, N. (2014), *Hikikomori, ces adolescents en retrait*, Armand Colin.
- Fassin, D. (2006), Souffrir par le social, gouverner par l'écoute : Une configuration sémantique de l'action publique, *Politix*, n° 73-1.
- Fassin, D. (dir) (2004), *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte.
- Favret-Saada, J. (2009), *Désorceler*, Éditions de l'Olivier.
- Fauré, C. (2008), Suicide d'un proche : l'impact sur l'entourage, *Perspectives Psy*, n° 47.
- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., Goodman, R. (2018), *Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: Comparison with children living in private households*, Cambridge University Press.
- Forrat, C. (2022), Suicide de patients suivis en psychiatrie : une peine multiforme pour l'entourage et les soignants, *Le Journal des psychologues*, n° 398.
- Fournier, S. (2017), Itinéraire d'un jeune en errance, *Empan*, n° 106-2.
- Franc N., Purper-Ouakil D. (2010), « Impact des maltraitances dans l'enfance », *Suicides et tentatives de suicide*.
- Franc N., Purper-Ouakil D. (2010), « Particularité des enfants et adolescents », *Suicides et tentatives de suicide*.
- Fréchon, I., Robette, N. (2013), Les trajectoires de prise en charge par l'aide sociale à l'enfance de jeunes ayant vécu un placement, *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2.
- Fréchon, I., Marpsat, M. (2016), Placement dans l'enfance et précarité de la situation de logement, *Économie et statistique*, n° 488-489.
- Gansel, Y. (2016), « Où sont-ils ? » : incertitudes professionnelles dans le traitement des adolescents « difficiles », *Rhizome*, n° 59-1.
- Gansel, Y., Petrouchine, R. (2015), Les précarités sont-elles à l'essence des sujets souffrants : Le cas des adolescents « difficiles », *Enfances & Psy*, n° 67-3.
- Garfinkel, H. (2020) [1967], *Recherches en ethnométhodologie*, PUF, Paris.
- Gelder, M., Mayou, R., Cowen, P. (2001), *Shorter Oxford textbook of psychiatry* (4th ed). Oxford University Press.
- Goffman, E. (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne, Tome 2 : les relations en public*, Les éditions de Minuit.
- Goffman, E. (1968), *Asiles, Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Les éditions de Minuit.
- Grange, D. (2010), *Une sociologie de l'autodestruction ? Addictions, auto-réclusion, errance, abandon de soi*, L'Harmattan.
- Guénard T. (1999), *Plus fort que la haine*, Presses de la Renaissance.
- Guzniczak, B. (2009), Adolescents à l'Hôtel-Dieu: Un espace pour la santé, *Les Cahiers Dynamiques*, n° 44-2.
- Halbwachs, M. (2002) [1930], *Les causes du suicide*, PUF.

- Hammoud M., Prudhomme J., Champsaur L., Jégo M. (2018), « L'état de santé et le handicap des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance des Bouches du Rhône », *Santé publique*, n°30-3.
- Haut Conseil du Travail Social. (2023), *Le livre blanc du travail social*.
- Haute Autorité de Santé (2021), *Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge*.
- Haute Autorité de Santé (2022), *Les suicides et tentatives de suicide de patient*.
- Hazo J.-B. et al. (2021), « une dégradation de la santé mentale des jeunes en 2020 », *Études et résultats*, n° 1210.
- Hazo J.-B., Pirard P., Jollant F., Vuagnat A. (2024), « Hospitalisations pour gestes auto-infligés : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022 », *Études et résultats*, Mai, n° 1300.
- Huon, M.-E. (2005), Le sujet endeuillé du suicide : du traumatisme à l'élaboration psychique de la perte, *Études sur la mort*, n° 1-27.
- Ion, J., Laval, C., Ravon, B. (2007), "Politiques de l'individu et psychologies d'intervention : transformation des cadres d'action dans le travail social", dans F. Cantelli, J.-L. Génard, *Action publique et subjectivité*, LGDJ.
- Ion, J. (1998), *Le travail social au singulier*, Dunod.
- Ion, J. (2005), *Travail social et souffrance psychique*, Dunod.
- Iori, R., Nicourd, S. (2014), La construction des discours vocationnels comme support de légitimité dans le champ de l'intervention sociale, *Vie sociale*, n° 8-4.
- Jacquin P., Picherot G. (2016), « Les scarifications chez l'adolescent : quand s'inquiéter ? », *La revue du praticien*, décembre.
- Janssen E., Stanislas S., Du Roscoät E., (2018), « Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°3-4.
- Jeammet, P., Birot, E. (dir.) (1994), *Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*, PUF, Paris.
- Jeffrey, D., Fawer-Caputo, C. (2017), Les jeunes et la mort, *Frontières*, n° 29-1.
- Kapsambelis, V. (2016), La psychiatrie de secteur : contradictions passées et oppositions actuelles, *VST - Vie sociale et traitements*, n° 129-1.
- Kaufmann-Didisheim, N., Camus, D., Gulfi, A., Castelli-Dransart, A. (2007), Suicide d'un patient et réactions des professionnels, *Revue Médicale Suisse*, n°2092.
- Lacroix, I., Chaïeb, S., Dietrich-Ragon, P., Fréchon, I. (2021), La violence sous protection. Expériences et parcours de jeunes récemment sortis de placement, *Documents de travail*, INED, n° 263.
- Latté, S., Rechtman, R. (2006), Enquête sur les usages sociaux du traumatisme à la suite de l'accident de l'usine AZF à Toulouse, *Politix*, n° 73.
- Le Moigne, P., Pisu, F. (2019), Seulement s'ils veulent mourir. Les urgences générales face aux patients suicidaires, *Sciences sociales et santé*, n° 37.

- Léon C. (2019), “Baromètre de santé publique France 2017 : tentative de suicide et pensée suicidaire chez les 18-75 ans”, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, février, n° 3-4.
- Léon C. (2023), “Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du baromètre santé 2021”, *Bulletin épidémiologique Hebdomadaire*, février, n°2.
- Léon C. (2024), “Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultat du baromètre santé 2021”, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, février, n° 3.
- Léon, M., Kammerer, M. (2021), “Souffrance au travail”, *Lien Social*, n°1286,.
- Louffok L. (2016), *Dans l'enfer des foyers*, Flammarion.
- Maigne, N. (2017), Expériences de délégations. Vers une régulation positive des intérêts divergents en protection de l'enfance, *Le Sociographe*, n°5.
- Maillard, I. (2011), Lignes de force de l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents, *Santé Publique*, n° 23.
- Malinowski, S. (2022), Souffrance des jeunes et maisons des adolescents: Un programme public négocié, entre consensus et concurrence, *Agora débats/jeunesses*, n° 92-3.
- Membrado, M., Vézina, J., Andrieu, S, Goulet, V. (2005), Définitions de l'aide : des experts aux “profanes”, dans S. Clément, J.-P. Lavoie (ed.), *Prendre soin d'un parent âgé. Les enseignements de la France et du Québec*, Erès.
- Le Moigne, P., Morgiève, M. (2021), Les tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, *Socio-anthropologie* [En ligne], n° 43, mis en ligne le 17 juin 2021, consulté le 20 mars 2023.
- Le Moigne, P., Pisu, F. (2019), Seulement s'ils veulent mourir. Les urgences générales face aux patients suicidaires, *Sciences sociales et santé*, n° 37-1.
- Moisset, P. (2010), Les violences des incasables : signes de parcours de socialisation sous tension, *Jeunes face à la violence*, n°10.
- Molinier P. (2009), « De la rumeur à la peur », *Communication et organisation* [En ligne], n°36, mis en ligne le 11 mars 2011, consulté le 19 avril 2019.
- Morel, G. (2002), *Clinique du suicide*, Edition Erès.
- Moro, M.-R., Brison, J.-L. (2017), Mission Bien-Être et Santé des jeunes, *Journal du droit des jeunes*, n° 364-365.
- Mouhot F. (2001), « Le devenir des enfants de l'aide sociale à l'enfance », *Devenir*, n° 13-1.
- Mrad, F.-B. (2023), Travailleurs sociaux face au burn-out. *Revue Sciences et action sociale*, n°19.
- Mucchielli, L., Renneville, M. (1998), Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930), *Déviance et société*, n° 22-1.
- Notredame, C.-E., Medjkane, F., Porte, A., Desobry, O., Ligier, F. (2019), Pertinence et expérience des dispositifs de veille et de recontact dans la prévention suicidaire auprès des enfants et des adolescents, *L'Encéphale*, n° 45.

- Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives, Santé Publique France (2018), “Tentatives de suicides et pensées suicidaires chez les jeunes français. Résultats des enquêtes ESCAPAD 2014 et ESPAD 2015”, *Observatoire National du suicide, 3ème rapport*.
- Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (2023), “Les drogues à 17 ans, analyse de l’enquête ESCAPAD 2022”, *Tendances*, mars, n° 155.
- Observatoire National de la Protection de l’Enfance (2017), *La prise en compte du genre en protection de l’enfance*, La Documentation française.
- Observatoire National de la Protection de l’Enfance (2022), *La santé des enfants protégés. 16ème rapport au gouvernement*, La Documentation française,
- Observatoire National de la Protection de l’Enfance (2022), *Première rencontre annuelle Aide Sociale à l’Enfance et pédopsychiatrie, Actes*.
- Observatoire National du Suicide (2014), 1er rapport.
- Observatoire National du Suicide (2018), 3ème rapport.
- Observatoire National du Suicide (2022), 5ème rapport.
- Parada, C. (2016), Origines et circulation de la culpabilité en institution, *VST - Vie sociale et traitements*, n° 132.
- Parron, A., Sicot, F. (2009), Devenir adulte dans un contexte de troubles psychiques, ou les incertitudes de l’autonomie, *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2.
- Peretti-Watel, P., Delespierre, A. (2022), “Chapitre 5. Premier confinement: Quel impact sur la santé mentale des jeunes adultes ?”, dans Y. Amsellem-Mainguy (éd.), *Jeunesses: D’une crise à l’autre*, Presses de Sciences Po, Paris.
- Périsse, D., Cohen, D. (2003), “Suicide des jeunes : un point sur les facteurs de risque”, *Le Carnet PSY*, n° 85-8.
- Pétry, P. (2020), “Une institution de protection de l’enfance à l’épreuve des tentatives de suicide”, *Nouvelle Revue de l’Enfance et de l’Adolescence*, n° 3-2.
- Pilowsky, D.-J., Wu, L.-T. (2006), “Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care”, *Journal of Adolescent Health*, n° 38-4.
- Pirard P., Chin F. (2022), “Evolution des hospitalisations pour tentatives de suicide en médecine et chirurgie en France, de 2017 à 2021 et durant la pandémie de CoViD 19”, *Observatoire national du suicide, 5ème rapport*,
- Pisu, F. (2024), “Les femmes ou les enfants d’abord ? Retour sur les enjeux du traitement des violences intrafamiliales en suicidologie”, *Déviance et Société*, n° 48.
- Pommepuy, N. (2020), Innover, ou revisiter la pédopsychiatrie ?, *Nouvelle Revue de l’Enfance et de l’Adolescence*, n° 2-1.
- Pommereau, X. (2001), *L’adolescent suicidaire*, Dunod.
- Ponnou, S. (2016), *Le travail social à l’épreuve de la clinique psychanalytique*, L’Harmattan.
- Potin, E. (2009), “Entre expérience des enfants et écrits institutionnels : des histoires de placement”, *Revue d’histoire de l’enfance « irrégulière »*, n° 11.

- Power, J. (2021), Almost half of youth deaths in State care from suicide or overdose Eighteen young people in care system died by suicide or drug overdose in past decade, *The Irish Times*, 12 novembre
- Raphael C. (2012), *La démesure*, Max Milo.
- Ravon, B. (2009), "Travail social, souci de l'action publique et épreuves de professionnalité". *Actes de colloque*, Nice, 4-5 juin.
- Ravon, B. (2020), "Usages et reconfigurations de la clinique dans le champ de l'intervention sociale : regard sociologique", dans C. Niewiadomski, S. Ponnou (dir.), *Pratiques fondées sur des données cliniques en travail social*, Editions L'Harmattan.
- Ravon, B., Laval, C. (2015), *L'aide aux adolescents difficiles, Chroniques d'un problème public*, Érès.
- Ravon, B., Vidal-Naquet, P. (2016), "L'épreuve de professionnalité : de la dynamique d'usure à la dynamique réflexive. Introduction", *SociologieS*.
- Rouquette A., Davaisse-Paturet C. (2022), "Prévalence des pensées suicidaires et facteurs associés en France au cours de la pandémie de CoViD 19. Résultat de l'enquête en population générale EpiCov", *Observatoire National du Suicide, 5ème rapport*.
- Rousseau, D., Riquin, E., Rozé, M., Duverger, P., Saulnier, P. (2016), "Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'aide sociale à l'enfance", *Revue française des affaires sociales*, n° 1.
- Sacks, H. (1993) [1963], La description sociologique, *Cahiers de recherche ethnométhodologique*, Université de Paris VIII, (1).
- St-Pierre L., Laurier C. (2018), « Vulnérabilité suicidaire des contrevenants en centres de réadaptation : présentation d'un modèle explicatif », *Criminologie*, n° 51-2.
- Stephan F., Le Galudec M., Walter M. (2011), « Quels sont les critères d'hospitalisation en psychiatrie des patients suicidants ? ». 5ème Congrès de la société française de médecine d'urgence.
- Séguin, M., Kiely, M. C., Lesage, A. (1994), "L'après-suicide, une expérience unique de deuil?", *Santé mentale au Québec*, n° 19-2.
- Serra, M. (2016), "La prise en charge des cas complexes par la protection judiciaire de la jeunesse". *Rhizome*, n° 59-1.
- Sicot, F. (2006), "La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ?", *Déviance et Société*, 30-2.
- Sicot, F. (2009), "Urgences pédopsychiatriques : resituer les crises dans le contexte organisationnel de leur survenue", *Empan*, n° 75.
- Slater, T. (2014), Exploring the role of social workers in suicide prevention, Thèse de doctorat de Sciences sociales, Cardiff University School.
- Taleb, M. (2016), "Histoires d'adolescentes placées... Des rencontres avec l'errance", *Le sociographe*, n°53.
- Taylor, S. (1982), *Durkheim and the Study of the Suicide*, St Martin's Press, New York.
- Terra, J.-L., Pacaut-Troncin, M. (2008), Crises suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide : convergences et spécificités, *Perspectives Psy*, n° 47-4.

Terra, J.-L. (2003), *La prévention du suicide, Actualité et dossier en santé publique*, n° 45.

Thomas L.-V. (1988), *Anthropologie de la mort*, Payot.

Tursz A. (2013), « Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2.

Vandevorode, J. (2013). *Psychopathologie du suicide*, Dunod.

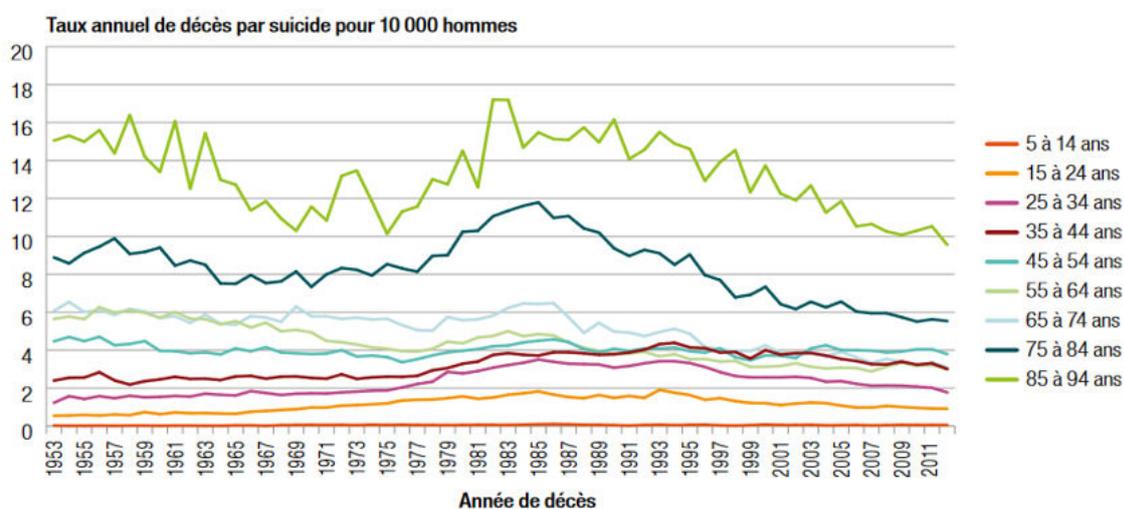
Vandevorode J. (2014), « L'évaluation du potentiel suicidaire », *Le journal des psychologues*, n° 318.

Annexe 1 : État des lieux de la suicidalité des adolescents

1) État des lieux sur longue période sur les différentes classes d'âge

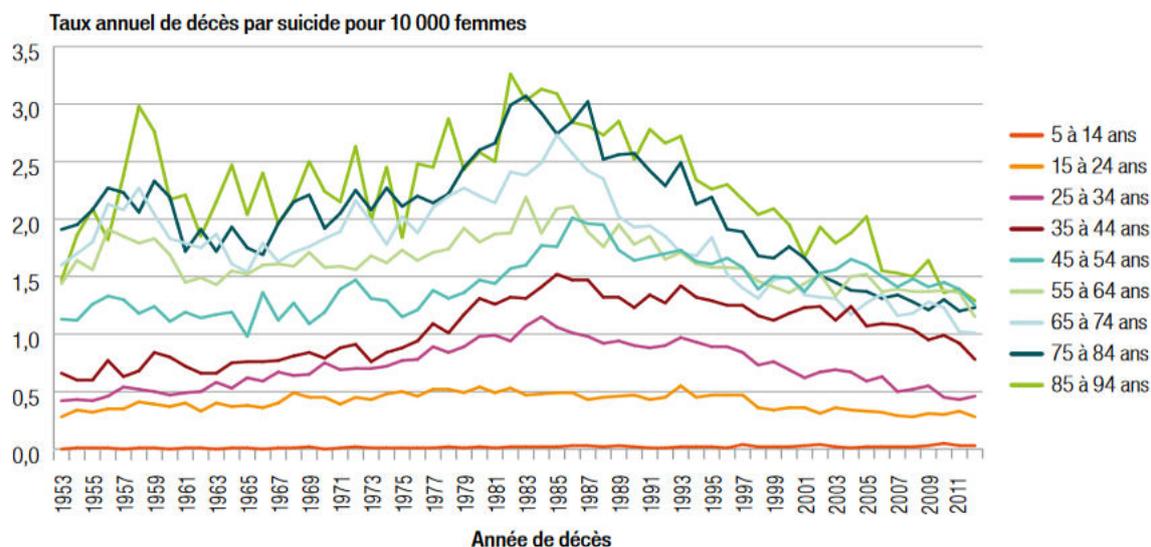
L'intérêt politique croissant pour la prévention du risque suicidaire se saisit par le constat au cours des années 1980 d'une évolution de la suicidalité divergente chez les jeunes adultes et les adultes. Si on regarde sur une plus longue période on a schématiquement des taux de suicide relativement plus élevés, mais orientés à la baisse chez les 50 ans et plus (signe probable d'une amélioration des conditions de vie et de santé au cours des 70 dernières années pour cette tranche d'âge), et à l'inverse on observe des taux de suicide stable à légèrement croissant chez les moins de 50 ans, comme s'il s'opérait un déplacement du mal être dans les âges de la vie :

Graphiques 1 et 2 : évolutions des taux de suicide par classe d'âges en France métropolitaine, hommes puis femmes, de 1953 à 2012 :



Lecture • En 1997, le taux de décès par suicide pour les hommes ayant un âge compris entre 65 et 74 ans et habitant en France métropolitaine, est de 4,1 pour 10 000.

Source • INED, tableaux de mortalité par cause 1953-1978 ; CépiDc-Inserm, site Internet d'interrogation des données 1979-2012 ; INSEE, données de population ; traitements DREES.



Lecture • En 1997, le taux de décès par suicide pour les femmes ayant un âge compris entre 65 et 74 ans et habitant en France métropolitaine, est de 1,4 pour 10 000.

Source • INED, tableaux de mortalité par cause 1953-1978 ; CépiDc-Inserm, site Internet d'interrogation des données 1979-2012 ; INSEE, données de population ; traitements DREES.

Le maintien du taux de suicide des jeunes contrastant avec la diminution du suicide des personnes âgées compte parmi les transformations notables (Baudelot et Establet, 2006). Le phénomène fait de l'âge non plus une simple variable de contrôle (l'avancée en âge « cache » la maladie, le départ des enfants, la perte du conjoint, bref d'autres facteurs corrélés au risque suicidaire), mais un fait signifiant récent (« être jeune ») corrélé par certains auteurs à la période économique et sociale dégradée, créatrice d'inquiétude et de souffrance spécifique liées à l'entrée et au maintien dans la vie active.

2) Evolutions récentes

En outre, la dimension genrée du rajeunissement du suicide est à souligner. Chez les 18-24 ans, le différentiel de taux de suicide entre homme et femme se tasse (Aouba et al. 2009, ONS, 2018, ONS, 2022) : 8,5 points d'écart en 2000 (12.1 pour 100 000 contre 3.6), 6.8 en 2006 (10 contre 3.2), 3.4 en 2017 (5.9 contre 2.5). Le taux de suicide masculin des 18-24 ans a été divisé par 2 alors que celui-ci n'a baissé que de 30% pour les deux sexes. 3,4 hommes pour une femme se tuaient en 2000 sur cette tranche d'âge, c'est en 2017 2,4 hommes pour une femme. On ne trouve un écart aussi faible pour aucune autre tranche d'âge (3,6 hommes pour une femme chez les 25-54 ans, 3 pour une chez les 55-74 ans, 4.7 pour une chez les 75 ans et plus).

Cette nouvelle préoccupation liée au « rajeunissement » du suicide et à sa prévention conduit à mettre en œuvre d'autres indicateurs que les seuls suicides « accomplis ». Le recul temporel en la matière remonte aux années 2000 pour un suivi constant des tentatives de suicide et des pensées suicidaires, Ces indicateurs sont inquiétants, car ils montrent un rajeunissement encore plus fort des états suicidaires et ils ne suivent pas la tendance des suicides complétés. Alors que le taux de décès par suicide baisse dans la décennie 2010 (en premier lieu dans les classes d'âge les plus élevées), les idéations suicidaires et les déclarations de tentatives de suicide se maintiennent globalement, mais surtout, pour les 15-24 ans spécifiquement, et en premier lieu les femmes, ces idéations et tentatives augmentent.

En 2015, l'enquête ESPAD auprès des jeunes scolarisés de la 3^{ème} à la terminale intègre une question sur les tentatives de suicide : 9,5% des élèves déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (6% des garçons, 13% des filles) et parmi eux et elles un quart affirme avoir été hospitalisé pour ce motif (ONS, 2018). Depuis 2008 l'enquêtes ESCAPAD mesure les pensées suicidaires aux cours des 12 mois précédents et les tentatives de suicide avec hospitalisation chez des jeunes de 17 ans. En 2014, 10,4% de ces jeunes (13,3% des filles, 7,5% des garçons) déclarent des pensées suicidaires. Ils sont ensuite 11,4% à en déclarer en 2017 (14,8% des filles, 8,2% des garçons), puis 18% en 2022 (24% des filles, 12,3% des garçons). Concernant les tentatives de suicide au cours de la vie (avec hospitalisation), si la part des déclarants garçon reste presque stable sur la décennie (1,3%, 1,7%, 1,5%, 1,9% en 2011, 2014, 2017, 2022), la part des filles déclarantes est plus clairement à la hausse et passe de 3,3% en 2011 à 4,8% en 2022 (Janssen et al., 2018).

L'enquête ESCAPAD donne pour sa part quelques indications sur les caractéristiques les plus fortement associées aux pensées suicidaires des jeunes, soit, par ordre d'importance : dépression, sexe féminin, appartenir à une famille monoparentale ou recomposée, déscolarisation ou difficultés scolaires, consommation de drogue ou de tabac. Celles associées aux tentatives de suicide sont : dépression, sexe féminin, déscolarisation ou difficultés scolaire, orientation vers la filière apprentissage, appartenir à une famille monoparentale ou recomposée, consommation de drogue ou de tabac, IMC élevé pour les filles uniquement.

Seules des études sur des effectifs plus réduits de jeunes hospitalisés ou décédés permettent d'être plus précis sur les variables associées aux gestes suicidaires. On retrouve le plus souvent dans les revues de littérature portant sur ce type d'enquête : un trouble psychiatrique (dépression, anxiété, stress post traumatique), des agressions sexuelles durant l'enfance (Tursz, 2013), la maltraitance du jeune (St Pierre, Laurier, 2018) et plus généralement la violence intrafamiliale de tout ordre, subies par le jeune ou dont il est le témoin (Périsse, Cohen, 2003). Des facteurs précipitants sont retrouvés : dispute avec un proche, sanction scolaire (Perisse, Cohen, 2003) et plus largement tout type de sanction ou de rupture institutionnelle nous désirée (St Pierre, Laurier, 2018), une désinhibition du passage à l'acte par consommation d'alcool ou de drogue est souvent retrouvée (Chagnon, Renaud, Farand, 2001).

Les automutilations sont analysées de façon contradictoire (ONS, 2018, p. 74), d'un côté elles peuvent être vue comme un dérivatif expressif soulageant d'une souffrance interne et protégeant d'un passage à l'acte suicidaire, de l'autre elles pourraient être un signe avant-coureur, ou constitueraient une habitude à la douleur et aux gestes auto-agressifs (St Pierre, Laurier, 2018). L'hypothèse qui vient alors à l'esprit est celle d'un effet dérivatif et protecteur en début de pratique puis, par habitude au geste et à la douleur, un effet désinhibiteur croissant ensuite. Conjointement les scarifications pourraient être envisagées comme un dérivatif suffisant pour certains jeunes alors qu'il finit par ne plus suffire pour d'autres.

3) Depuis la crise sanitaire

La crise sanitaire et l'inquiétude quant aux effets psychologiques des épisodes de confinement et de restriction des rassemblements ont conduit à une veille accrue (enquêtes mensuelles puis trimestrielles CoviPrev initiées par Santé Publique France, enquête EpiCov menée par la DREES et de l'INSERM) qui a confirmé une dégradation de la situation touchant particulièrement les jeunes femmes.

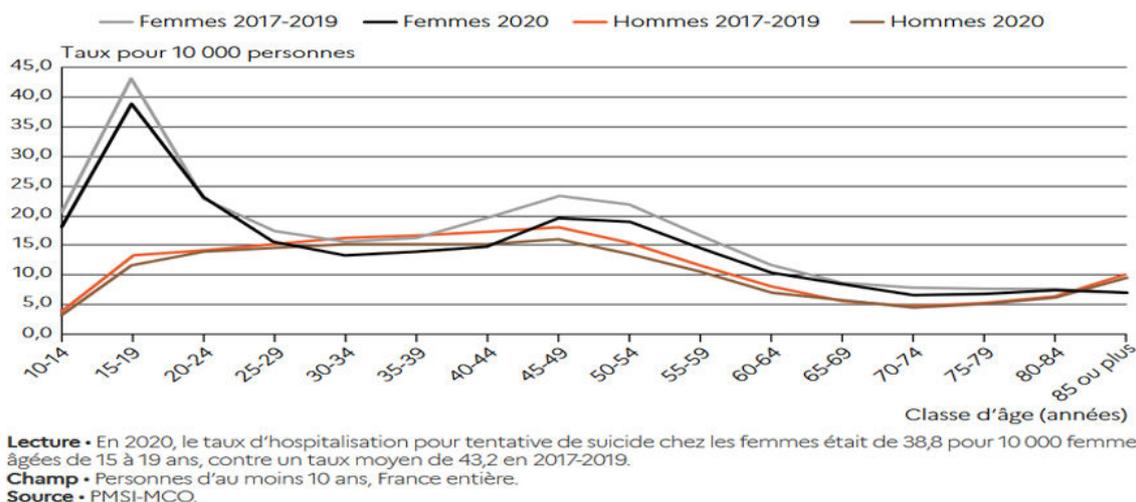
En 2020, la vague 2 de l'enquête EpiCoV (INSERM, DREES, 2020, Hazo et al. 2021) réalisée pendant et après le premier confinement indiquait fin 2020 que 2,8% de la population de plus

de 15 ans déclarait des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédents, mais ce taux passait à 5% parmi les 15-24 ans- avec une divergence relativement forte entre jeunes femmes et jeunes hommes (6,4% contre 3.6%).

Six mois plus tard l'enquête CoviPrev (vague 25, juin 2021) mesurait les pensées suicidaires à 9,2% de la population de plus de 18 ans (10,9% pour les femmes, 7,3 pour les hommes, 20,1 pour les 18-24 ans), puis, 18 mois plus tard, à 10,2% de la population (10% pour les femmes, 10,5 pour les hommes, 24,9 pour les 18-24 ans).

Concernant les tentatives de suicide. L'enquête EpiCov signalait que 0,49% des garçons de 15 à 24 ans et 0,69% des filles de 15 à 24 ans en déclaraient au moins une au cours des 12 derniers mois (contre 0.2% pour l'ensemble des répondants). Ce chiffre est à peu près cohérent avec ce que relèvent les fichiers d'hospitalisation à la même période (ONS, 2022) pour les filles de cette tranche d'âge, sachant que le fichier PMSI MCO est réputé être incomplet vu qu'une tentative de suicide ne conduit pas nécessairement à une hospitalisation (surtout en 2020 lorsque le système hospitalier était surchargé) :

Graphique 3 : comparaison des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en Médecine, chirurgie, obstétrique par tranche d'âge et selon le sexe, en 2017-2019 et en 2020.



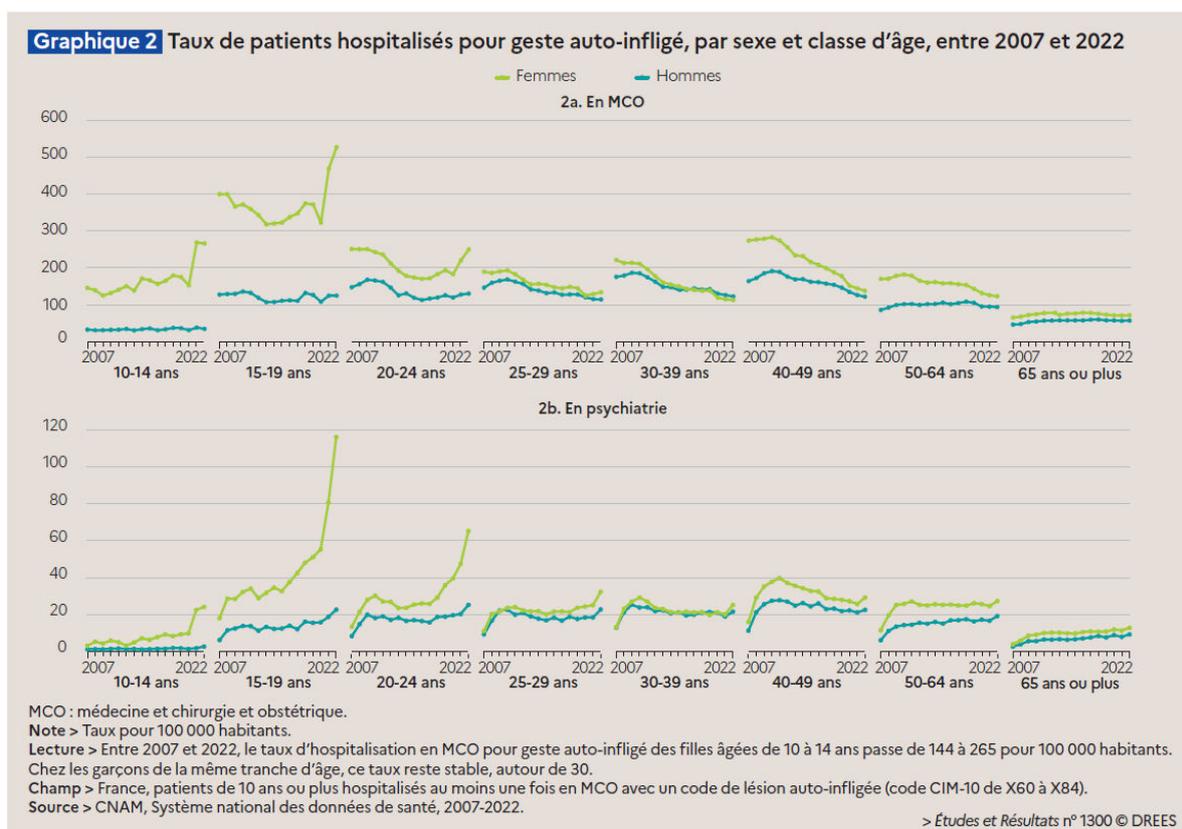
Sur les tranches d'âge de 10 et 24 ans, les niveaux d'hospitalisation féminins et masculins pour tentative de suicide divergent très fortement, et cela alors même qu'il y a un moindre enregistrement médical des tentatives de suicide féminines (ONS, 2018, pp. 68-69), en raison de l'emploi de moyens moins radicaux, rapides et violents. Malgré la baisse apparente entre 2017-2019 et 2020 du taux de tentative de suicide mesuré par hospitalisation parmi les jeunes femmes, il semble y avoir un consensus pour affirmer une dégradation, dans les mois qui suivent la crise sanitaire, de tous les autres indicateurs de mal-être (stress, dépression, pensée suicidaire) touchant particulièrement les jeunes, et parmi eux les femmes (Hazo et al., 2021 ; Peretti-Watel, Delespierre, 2022).

En 2023, une synthèse des bulletins régionaux de Santé publique France confirme une dégradation qui se poursuit sur le plan des pensées suicidaires, des tentatives de suicide déclarées (au cours des 12 derniers mois), ainsi que des hospitalisations dans la tranche des 10-24 ans, cette dégradation touche tout particulièrement les jeunes femmes³. Le baromètre de Santé Publique France le plus récent (Léon, Rosquoät, Beck, 2024) enregistre un doublement du taux de pensées suicidaires au cours des 12 mois précédents chez les 18-24 ans (de 3,3% à

7,2%) entre 2014 et 2021, avec un écart marqué et croissant entre les hommes et les femmes (5% pour les premiers et 9,4% pour les secondes, en 2021). Pour les tentatives au cours de la vie, la hausse est moins forte, mais notable pour les femmes de 18 à 24 ans (de 8.4% en 2014 à 12.8% en 2021) comme pour les hommes (de 3,5% à 5,8%) avec toujours un écart homme femme marqué. Pour les tentatives au cours des seuls 12 derniers mois, l'écart homme femme est encore plus marqué avec 0.3% de tentatives chez les hommes et 2% de tentatives chez les femmes, ce rapport de 1 à 7 distingue particulièrement les jeunes femmes suicidantes car le rapport femme-homme chez les suicidants adulte (tout âge confondu) est globalement de 2 tentatives féminines pour une masculine (18-75 ans, en 2017)

Enfin, la DREES (Hazo et al., 2024) a fait paraître une étude sur les hospitalisations pour gestes auto-infligés (termes qui remplace la catégorie de tentative de suicide en raison des difficultés d'objectivation de l'intention de mourir) qui constate une progression "inédite" des atteintes contre soi entraînant une hospitalisation chez les jeunes femmes. Cette évolution se conjugue à d'autres et dessine "une vulnérabilité particulière des adolescentes et des jeunes femmes. Depuis 2020, les femmes de 15 à 24 ans sont surreprésentées parmi les personnes touchées par les syndromes anxio-dépressifs et les pensées suicidaires, ce qui n'était pas le cas auparavant ; elles présentent également plus de comportements boulimiques que la population générale (Léon, et al., 2024 ; Hazo, Boulch, 2022). Une forte hausse des recours déclarés aux professionnels de santé pour motifs psychologiques ainsi qu'une progression de la prise de psychotropes ont également été constatées dans cette population au décours de la crise sanitaire (Hazo, Rouquette, 2023 ; Hazo, Costemale, 2021) De plus, l'enquête EnCLASS 2022 montre une forte progression des pensées suicidaires chez les lycéennes et les lycéens entre 2018 et 2022, et plus généralement une dégradation de la santé mentale et du bien-être des collégiens et des lycéens sur la période, particulièrement marquée chez les filles (Léon, et al., 2024). Enfin, deux récentes publications portant sur les données du Système National des Données de Santé (SNDS1) ont fait état d'une augmentation des hospitalisations à la suite de gestes auto-infligés [...] chez les adolescentes et les jeunes femmes à partir de la fin de l'année 2020 et en 2021 par rapport à 2019 (Jollant, et al., 2022 ; Pirard, 2023) ». Alors que toutes classes d'âge confondu il y a en 2022 « un taux de 124 patients pour 100 000 habitants » (avec déjà un écart genré avec 154 pour 100 000 chez les femmes et 93 pour 100 000 chez les hommes), cet écart genré bondi « à 527 pour 100 000 chez les femmes de 15 à 19 ans, avec un pic à 689 pour 100 000 chez les filles de 15 ans » (pendant que les hommes de la même classe d'âge se situe autour de 130 pour 100 000).

Graphique 4 : évolution du taux d'hospitalisation pour gestes auto-infligés entre 2007 et 2022, suivant le sexe et la classe d'âge :



L'étude évacue l'hypothèse qu'une amélioration de l'enregistrement des gestes auto-infligés (notamment en psychiatrie) puisse être l'explication principale de cette évolution. « Il s'agit en tout cas d'une dégradation dont le pendant masculin n'apparaît pas dans les données à disposition et dont les origines explicatives restent à mettre à jour, notamment à partir de travaux cliniques et de données plus qualitatives » conclut l'étude.

4) Réflexions d'ensemble

Premièrement il se passe quelque chose de nouveau et de mal expliqué du côté des jeunes femmes. Une évolution qui va à rebours des tendances d'ensemble sur plusieurs années, avec une hausse des tentatives de suicide les plus sérieuses (avec hospitalisation) et une dégradation des indicateurs de santé mentale, mais, pour le moment aucune visibilité sur l'évolution des suicides des jeunes femmes faute de publication sur les suicides en France depuis 2017.

La volatilité des taux de pensée suicidaire ou des tentatives de suicide d'une année sur l'autre ou d'une étude à l'autre ne s'explique pas seulement par des différences de périmètre d'enquête ou de conditions de passation des questionnaires de déclaration de pensées ou de tentatives suicidaires. Elle semble signaler des mécanismes de réinterprétation rétrospective de certains actes en fonction des réactions (ou absence de réaction) de l'entourage ou du système de soin. L'écart du déclaratif avec le mesurable en hospitalier (PMSI MCO) pointe en outre les lacunes qui accompagnent la mesure médicale des tentatives de suicide (non prise en compte des prises en charge en libéral et enregistrement réputé faillible en psychiatrie). La mesure hospitalière est en prime potentiellement soumise à des biais d'enregistrement (part inconnue de suicidant présentant leur lésion comme un accident,) similaires à ceux qui sont déjà identifiés pour les

suicides accomplis. L'écart entre ce que les jeunes femmes déclarent comme suicide et ce que l'hôpital qualifie de suicide pointe enfin un problème de définition du geste suicidaire : la nomination par l'auteur (TS rapportées par les premiers concernés) doit-elle primer sur la qualification médicale plus centrée sur la gravité du tableau médical du suicidant et la dangerosité du moyen employé ? Nous retrouverons cette difficulté de qualification d'une volition suicidaire et d'une gravité suicidaire dans notre enquête.

Plus fondamentalement il apparaît difficile de tracer des frontières nettes entre pensées suicidaire, crises suicidaires, tentatives de suicide et même suicide complété. À première vue on a une série chronologique rassurante intellectuellement, mais dont la cohérence repose sur l'intérêt arbitraire qui est porté à un point d'arrivé (la mort volontaire, visible et rapide) qui n'en est qu'un parmi d'autres. Pourquoi traiter à part (ou évacuer) des pensées suicidaires sans manifestation d'intention ou de passage à l'acte ? Ou bien qui s'accompagnent « seulement » de scarifications répétées ? Le suicide accomplis est une des manifestations du « souhait » de mourir (d'une idée de mort pour soi?), mais visiblement pas la seule ni la plus fréquente et la frontière peut être tenue entre la mort activement recherchée, espérée, attendue. Dissocier tentatives de suicide et suicides en ne s'intéressant qu'au suicide « réussis » équivaut à considérer qu'une « vraie » volonté de mourir ne se retrouve que dans les suicides réussis. On rejoint ici une des nombreuses idées préconçues sur le suicide (ceux qui veulent vraiment mourir s'en donnent les moyens). Cette binarité est difficile à concilier avec ce que les thérapeutes nomment « l'ambivalence terminale » (HAS, 2022, p. 35), une hésitation qu'on retrouve avant et pendant l'acte (sauf chez les sujets très âgés et dans de rares cas de « raptus suicidaires ») et qui concerne aussi bien ceux qui « réussissent » que certains qui « échouent ». De même la variabilité des modes opératoires, des lieux choisis, de la publicité donnée au geste et de l'acharnement à se tuer devrait faire douter de la cohérence interne des catégories « tentative de suicide » et « suicide accompli ».

En ce sens le suicide n'est pas un fait social, mais les suicides accomplis sont une des manifestations (les moins difficiles à dénombrer) d'envies de mourir qui très souvent on fait l'objet « d'essais » préalables (le premier prédicteur d'une tentative de suicide ou d'un suicide accomplis reste l'existence d'une ou plusieurs tentatives antérieures). Ces envies de mourir peuvent très bien se concrétiser dans des conduites à risque ou des gestes auto-infligés dont l'auteur sait qu'ils n'entraînent pas souvent la mort d'une part. Ces envies de mourir déjà testées pouvant rencontrer d'autre part des conditions de passage à l'acte suicidaire (possibilité de s'isoler, accès à un moyen létal jugé supportable et efficace, désinhibition par drogue ou alcool), et enfin elles peuvent rencontrer de façon tout à fait contingente un événement déplaisant (une perte d'un facteur de protection, un énième événement portant atteinte à l'estime de soi) qui fait passer le seuil.

Annexe 2 : Les suicides de jeunes placés dans la presse régionale et nationale (2011-mai 2024)

Nous avons recherché les articles de presse quotidienne locale et nationale sur le sujet à l'aide d'un portail de recherche en ligne concernant l'actualité (*Europresse*) et d'un moteur de recherche (google et *google actualités*) en utilisant les combinaisons possibles entre les mots clés « ASE », « aide sociale à l'enfance », « protection de l'enfance », « DDASS », « foyer », associés aux mots clés « mort », « suicide », « pendu », « pendaison », « défenestration ». Cette démarche a permis d'identifier 18 suicides de jeunes placés, ou en rupture de prise en charge, ou récemment sortis de placement et âgés de 10 à 18 ans.

Le premier motif de cette démarche était de cerner la visibilité médiatique du phénomène, ses évolutions quantitatives apparentes, le degré de cohérence des différents articles sur une même affaire et des variations de précision des articles de presse (dans le temps, suivant les profils de jeunes, suivant les mobilisations professionnelles ou militantes associées au décès). Le deuxième était d'avoir un point de comparaison avec la teneur des suicides rapportés en entretien par les professionnels de la protection de l'enfance et de la santé mentale. Le troisième était de voir le degré de recoupement entre les cas signalés par les professionnels et les cas signalés par la presse (quel part des cas rapportés par les professionnels ont fait l'objet d'une brève ou d'un article de presse ?).

Il ne s'agit que d'une approche d'une visibilité médiatique et d'une forme médiatique prise par un fait suicidaire. Nous n'avons pas de raisons de penser que les sources médiatiques permettent une mesure exhaustive des suicides de jeunes placés. D'une part, sur les 13 suicides rapportés par les professionnels interviewés, seuls 4 ont fait l'objet d'une reprise médiatique, ce qui est peu. D'autre part, l'absence de sources presse avant 2011 conduit à supposer qu'un intérêt journalistique et/ou une volonté de médiatisation venant d'acteurs proches du jeune suicidé (professionnels, entourage) sont apparus récemment plus qu'elles ne traduisent l'inexistence d'un phénomène avant cette date.

Nombre de cas rapportés dans la presse	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020	2021-2022	2023-2024	Total
Rapportées dans la presse régionale uniquement	2	0	0	3	0	4	1	10

Nombre de titre de presse rapportant l'affaire	3	0	0	5	0	5	4	
Rapportées dans la presse nationale uniquement	1	0	0	1	0	0	0	2
Nombre de titre de presse rapportant le cas	1	0	0	1	0	0	0	
Dans les deux types de presse	0	0	0	0	3	1	2	6
Nombre de titre de presse rapportant le cas	0	0	0	0	10 en PN et 12 en PR	1 en PN et 1 en PR	4 en PN et 8 en PR	
Total de cas par année	3	0	0	4	3	5	3	18
Total des titres de presse rapportant ces cas	4	0	0	6	22	7	16	

18 cas sont médiatisés au cours des 13 dernières années. Aucun suicide n'apparaît avant 2011. Ces cas restent surtout cantonnés à la presse régionale dans les années 2010, le plus souvent sous forme d'articles développés qui les constituent en « affaire » et qui donnent souvent lieu à un, voire, deux articles de suite sur l'affaire (réaction des professionnels, des tutelles, des proches). A partir de 2020 ces affaires font plus fortement l'objet de reprise dans la presse nationale qui éventuellement ajoute des éléments d'enquête ou des éléments sur les suites de l'affaire.

Quelques cas restent de « simples » événements suicidaires et ne conduisent qu'à des brèves dans la presse régionale (généralement dans un seul titre, parfois deux) :

Le 21 janvier 2012, un jeune garçon de 14 ans se pend en début de soirée dans le jardin de sa MECS à Auxerre, on sait seulement qu'il était déclaré en fugue depuis quelques heures et qu'il a laissé une lettre.

Le 16 octobre 2021, une jeune fille de 15 ans se suicide dans un foyer de l'enfance à Nîmes, la brève indique uniquement que la piste du suicide est privilégiée par les enquêteurs.

Le 2 juillet 2022, des témoins voient une personne s'approcher de la rive du canal de l'Ourcq à Paris et sauter. Il s'agit d'un jeune garçon MNA de 17 ans. La brève nous apprend qu'il était hébergé à Choisy.

La rareté relative des brèves laisse à penser qu'une partie des suicides restent « inframédiatisables », sans mise en perspective possible faute d'information autre que le suicide lui-même, l'âge et le sexe de la victime, autrement dit nous pensons que l'ensemble des cas ne font pas l'objet d'un article de presse.

Les récits et mises en perspective sont très concordants d'un titre de presse à un autre. L'événement ne devient une affaire qu'en étant articulé à un contexte problématique, Il doit quitter le monde de la singularité incompréhensible, car peu documentée et accéder à la généralité d'un problème public ou bien d'une histoire édifiante, en faisant l'objet d'un véritable traitement journalistique (enquête, témoignages recoupés). Alors que les brèves n'ont pas « d'angle » journalistique, la plupart des articles développés donnent une perspective problématique au suicide rapporté, soit en pointant un dysfonctionnement institutionnel (errance institutionnelle et réticence à l'accompagnement d'un jeune MNA, sortie sèche à 18 ans d'un ex MNA, hébergement dans un lieu inadapté avant ou après le vote de la loi Taquet, crise de professionnalité et de moyens humains et financiers dans le champ de la protection de l'enfance et de la pédopsychiatrie), soit en pointant un contexte de harcèlement à l'école ou dans la MECS, soit en pointant un contexte de stigmatisation liée à l'orientation de genre. Plus rarement (2 cas sur 17) l'article de fond pointe un contexte familial et une biographie dramatique donnant l'impression que l'issue suicidaire était une destinée implacable, crainte de tous les professionnels,

Pour que l'évènement devienne une affaire, il faut que celle-ci soit portée et documentée par des militants (dénonciation des prises en charge de jeunes MNA suicidés), des professionnels (prise en charge en hôtel ou équipe ravagées par le suicide final d'une jeune aux problématiques lourdes), des proches et parfois par le jeune lui-même (lettre de mise en cause de la protection de l'enfance laissée par le suicidé et publicisée par la famille). Les articles sont toujours documentés via ce type de sources et jamais par des sources ayant un haut niveau de responsabilité au sein de l'ASE (ni par des sources policières ou par des informations en provenance du parquet). Les tutelles ou les directions ne réagissent que dans un second temps et généralement en défense de leurs interventions, éventuellement en soulignant la complexité

des situations de jeunes pris en charge, le fait que la prise en charge respectait tous les critères légaux et que les départements affrontent une hausse sans précédent des besoins.

Il est probable que l'intérêt journalistique pour ce type d'affaire ait été peu à peu renforcé par des publications de témoignages d'enfants placés (Raphael, 2012, Louffok, 2014, Dourousset 2016), par une fonction de transmission de la presse écrite régionale vers les média télévisuels nationaux remplie par les actualités locales et les articles des sites internet des France 3 Région, aboutissant à des documentaires télévisés successifs (Pièce à conviction sur France 3 National en 2019 et 2021, Zone interdite sur M6 en 2020 et 2022). Cette visibilité télévisuelle était favorable à un auto-renforcement de l'intérêt médiatique pour des violences et des dysfonctionnements dans les placements de la protection de l'enfance dans la presse écrite régionale et nationale et peut expliquer un surcroît d'intérêt pour les affaires de suicide ces dernières années, avec des articles plus longs et une forte hausse du nombre de titres régionaux et nationaux rapportant chaque affaire de suicide de jeunes placés.

Mode opératoire	MNA garçons	Garçons	Filles	Total
Pendaison/suffocation avec un sac plastique	3	1	5	9
Défenestration	1	0	1	2
Noyade	2	0	0	2
Collision provoquée	1	0	1	2
Saut de grande hauteur	0	0	2	2
Non précisé	0	0	1	1
Total	7	1	10	18

Les suicides masculins rapportés sont largement ceux de jeunes MNA en prise en charge hôtelière, en rupture de prise en charge ou en fin de prise en charge à 18 ans (7/8). Cette prévalence des suicidés garçons n'a pas de signification particulière compte tenu de la composition très fortement masculine du public MNA (91% en 2017). Par contre les jeunes filles sont très largement majoritaires dans les victimes non-MNA (10/11). Cette surreprésentation des filles dans les suicidés signalés par la presse recoupe très fortement la féminisation de notre corpus de suicidés rapportés par les professionnels interviewés (10 filles

suicidées, 3 garçons). À l'encontre des données générales sur le suicide qui indiquent une surreprésentation masculine dans toutes les tranches d'âge, les sources presse et enquête signalent une forte prévalence du suicide féminin chez les jeunes placés de la protection de l'enfance.

La pendaison (en extérieur ou à l'intérieur de la structure) est le mode opératoire le plus souvent relevé (8/18), suivi à égalité par les défenestrations (2), les sauts depuis un pont (2), les noyades (2), les chocs provoqués avec un véhicule (2) et un cas de suffocation avec un sac plastique. L'importance des pendaisons se retrouve dans les cas rapportés par les professionnels (4/13).

Lieu du suicide	MNA garçons	Garçons	Filles	Total
Dans le lieu de PeC	0	1	6	7
En dehors du lieu de PeC	5	0	3	8
Autre (plus pris en charge ou en détention)	2	0	0	2
Non précisé	0	0	1	1
Total	7	1	9	18

Les suicides dans l'espace public concernent plus fortement les jeunes garçons MNA (5/7), point qui est possiblement en lien avec le caractère souvent erratique de leur prise en charge. À l'inverse, les suicides en intérieur (MECS, foyer d'urgence, domicile des parents dans un cas) concernent plus fortement les jeunes non-MNA (8/11).

Lieu de placement	MNA garçons	Garçons	Filles	Total
MECS	0	1	6	7
Foyer d'urgence	0	0	2	2

Au domicile du parent (retour exceptionnel au domicile dans le contexte du premier confinement durant la crise CoViD)	0	0	1	1
Hôtel	4	0	1	5
Résidence sociale mélangeant des majeurs et des MNA	1	0	0	1
Détention	1	0	0	1
Rupture ou fin de prise en charge avant 21 ans	1	0	0	1
Total	7	1	9	18

Les contextes de (non) prise en charge des suicidés sont très différents suivant le statut MNA ou non-MNA. Nous avons vu que la prise en charge hôtelière n'est pas seulement corrélée aux suicides de MNA, mais apparaît fortement dans les cas de suicides de jeunes non-MNA rapportés par des professionnels.

Age au moment du suicide	MNA Garçons	Garçons	Filles	Total
Entre 10 et 12 ans	0	0	2	2
Entre 12 et 13 ans	0	0	0	0
14 ans	0	1	0	1
15 ans	0	0	4	4

16 ans	1	0	2	3
17 ans	5	0	2	7
18 ans et plus	1	0	0	1
Total	7	1	9	18

La distribution par âge des suicidés fait ressortir les spécificités du public MNA, dont l'âge d'arrivée dans une prise en charge de la protection de l'enfance est souvent plus tardif que pour les publics bénéficiant d'une prise en charge « classique ». À en croire les articles de presse, le seuil de la majorité et les inquiétudes massives liées à un possible arrêt de prise en charge expliquent la concentration des suicides autour des 17-18 ans.

L'âge apparemment critique pour les filles en prise en charge classique se situe plutôt vers 15-16 ans dans les suicides rapportés par la presse, il en va de même pour les suicides rapportés par les professionnels, dont la majorité ont eu lieu à 16 ans.

La presse ne soulève aucun contexte d'inceste ou d'agression sexuelle préalable. Cependant, dans une affaire, une parution met en avant des informations inquiétantes (A la veille d'un retour chez son père pour le WE, la jeune de 11 ans fugue et se rend chez sa grand-mère maternelle à plusieurs centaines de kilomètres. L'ASE est prévenue et la jeune est récupérée le lendemain par la gendarmerie. L'enfant demande à être auditionnée pour faire des déclarations spontanées. En fin d'audition la grand-mère dit entendre un gendarme dire à l'enfant « je te promets que tu ne retourneras pas chez ton père ». Lors de son transfert retour la jeune aurait déclaré « si je retourne au foyer ou chez mon père je mourrai »). Par ailleurs, un RETEX d'un département que nous avons consulté indique que dans l'une des affaires soulevées par la presse, une jeune avait été victime d'une agression sexuelle à un âge précoce, commise par un autre jeune placé dans la famille d'accueil. Cette absence de mention dans des articles parfois superficiels ne présage donc pas de l'ampleur du phénomène.

