

Résumé

Ce travail explore la prise en charge du risque suicidaire des mineurs placés, à la croisée du champ de la santé mentale et de la protection de l'enfance. Il rend compte des pratiques, des dilemmes et des épreuves des professionnels par une approche qualitative (N=74 entretiens), en étant à l'écoute des catégories pratiques et des référentiels théoriques qu'ils mobilisent pour mettre en sens les discours et le vécu suicidaire des enfants et adolescents. Au-delà des enjeux auxquels sont confrontés les professionnels face à ce risque, leurs connaissances, leur implication de première ligne donnent accès à des données précieuses pour saisir les contextes sociaux du risque suicidaire des mineurs en lien avec les institutions qu'ils fréquentent et leurs trajectoires.

En décrivant les quelques caractéristiques repérables dans les cas de suicide ou de tentative de suicide, nous avons mis en avant les propriétés souvent associées à ces gestes (mode opératoire, lieux, sexe, etc.) et rendu compte des grands motifs de suicide perçus par les professionnels. L'enquête fait apparaître une minimisation du phénomène par les intervenants sociaux de première ligne et la difficile localisation de la souffrance ou de la qualification du degré de risque souvent brouillée par un continuum de conduites à risque. À l'impossible nomination du phénomène suicidaire, vient s'ajouter son périlleux traitement dans les circonstances d'un accueil collectif où les particularités d'attention, la reconnaissance de la vulnérabilité, de la souffrance, entrent souvent en tension avec la gestion du quotidien, du collectif et le mandat éducatif qui vise l'autonomisation. Le refoulement du risque suicidaire s'il peut donner l'impression d'être structurel par manque de formation et dans les conditions d'exercice en foyer, s'impose pourtant comme une réalité qui ne peut plus être déniée au moment des crises. Dans ce contexte, le surcroît d'inquiétude généré pour les intervenants de première ligne, concomitant au sentiment d'impuissance et de désarroi, marque le désaveu du travail éducatif et semble conduire inéluctablement au besoin impérieux et rapide de la pédopsychiatrie.

Comparativement, les professionnels des services et établissements de soin sont mieux formés au repérage, à la qualification de la problématique suicidaire et à sa mise en mots. Leur approche des adolescents est, en outre, plus individualisée. Ils semblent plus à même de rendre compte du point de vue de ces derniers sur ce qu'ils vivent et plus renseignés quant à leur histoire familiale, médicale et même de placement. Pour autant, les prises en charge des soignants n'en sont pas moins marquées par l'épreuve du silence et la difficile verbalisation des mineurs, la non captivité de ce public et la précarité de leur trajectoire de soin qui obligent à trouver des pratiques en dehors des répertoires d'actions classiques, du colloque singulier en face à face. L'autre enjeu central réside surtout dans les difficultés d'accordage entre les professionnels des deux secteurs autour des situations à risque suicidaire. Nous avons ainsi identifié les processus de grippement du travail collaboratif. Ainsi, les tendances (à envisager à l'aune du contexte actuel de pénurie) des professionnels du soin à sous-estimer les limites qui s'imposent aux professionnels de la protection de l'enfance, à faire preuve de défiance vis-à-vis de leurs discours, à minimiser leurs besoins de relais et les tendances, du côté des professionnels de la protection de l'enfance, à se décharger sur les professionnels du soin et à s'illusionner sur leurs moyens.

Enfin, si le risque suicidaire apparaît si difficile à identifier, c'est aussi parce que la souffrance professionnelle et le sentiment d'impuissance agissent comme effet de brouillage. 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 sur le traitement des risques psychosociaux pour maintenir la stabilité des prises en charge.

Abstract

This study explores the management of suicidal risk among minors in care, at the crossroads between the fields of mental health and child protection. It takes a qualitative approach (N=74 interviews) to the practices, dilemmas and trials of professionals, listening to the practical categories and theoretical frames of reference they mobilize to make sense of the discourses and suicidal experiences of children and adolescents. Over and above the challenges faced by professionals in dealing with this risk, their knowledge and front-line involvement provide invaluable data for understanding the social contexts of suicidal risk among minors, in relation to the institutions they frequent and their trajectories.

By describing the few characteristics that can be identified in cases of suicide or attempted suicide, we have highlighted the properties often associated with these acts (modus operandi, locations, gender, etc.) and reported on the main reasons for suicide as perceived by professionals. The survey reveals that front-line social workers tend to play down the phenomenon, and that it is difficult to pinpoint suffering or to qualify the degree of risk, which is often blurred by a continuum of risky behaviours. In addition to the impossibility of naming the suicidal phenomenon, there is the perilous task of dealing with it in the circumstances of collective care, where the particularities of attention, the recognition of vulnerability and suffering, often come into tension with the management of daily life, the collective and the educational mandate that aims for autonomy. Although the risk of suicide may appear to be structurally repressed, due to a lack of training and the conditions under which the home is run, it is a reality that can no longer be denied in times of crisis. In this context, the increased anxiety generated for front-line workers, coupled with a feeling of powerlessness and helplessness, marks the disavowal of educational work and seems to lead ineluctably to the urgent and rapid need for child psychiatry.

In comparison, professionals working in healthcare services and establishments are better trained to identify and describe suicidal problems, and to put them into words. Their approach to adolescents is also more individualized. They seem to be better able to take account of the teenager's point of view on what he or she is going through, and are better informed about his or her family, medical and even placement history. Nevertheless, the ordeal of silence and the difficulty of verbalising minors, the non-captive nature of this population and the precariousness of their care trajectory mean that care providers have to find practices outside the traditional repertoires of action, of the face-to-face one-to-one discussion. The other central issue is the difficulty of reaching agreement between professionals in the two sectors when dealing with suicidal situations. In this way, we have identified the processes by which collaborative work can seize up. For example, the tendency of care professionals to underestimate the limits imposed on child protection professionals, to show mistrust of their discourse and to minimize their need for relay (to be seen in the light of the current context of shortages), the tendency of care professionals to underestimate the limits imposed on child protection professionals, to show distrust of their discourse, to minimize their need for support, and the tendency of child protection professionals to offload their responsibilities onto care professionals and to delude themselves about their resources.

Finally, the fact that suicide risk is so difficult to identify is also due to professional suffering and feelings of powerlessness. Indeed, suicidal risk has strong repercussions on the experiences of front-line workers, and we have shown some of the ways in which this can manifest itself, such as guilt, disbelief, or the end of care or careers. In this respect, the stakes are high when it comes to dealing with psychosocial risks to maintain stable care.