

Risque suicidaire des mineurs confiés : lever l'indicible

L'existence d'un surrisque suicidaire chez les jeunes placés de la protection de l'enfance est de mieux en mieux établi. Comment surmonter les difficultés de repérage rencontrées par les professionnels de maison d'enfants à caractère social (MECS) et dépasser le tabou suicidaire alors que le suicide d'un enfant confronte à l'inimaginable et interroge en creux la mission de protection ?

du risque suicidaire comme une modalité incontournable du travail de protection et de sécurisation, les travailleurs sociaux de première ligne devant dès lors être partie prenante du processus de repérage. Pourquoi le risque suicidaire reste-t-il pourtant si difficile à identifier dans les structures collectives ?

Le tabou suicidaire en protection de l'enfance

Au-delà des cas où le risque suicidaire est repéré et où le travail d'orientation est réalisé, l'enquête révèle la prégnance et la persistance d'un indicible suicidaire en protection de l'enfance. Cet indicible est d'abord celui des jeunes qui réalisent une tentative de suicide et sont souvent en incapacité de donner du sens à leur état, à leur geste ou à leur intention. Le fait qu'ils n'expriment pas forcément une intention de mourir, malgré la mise en acte d'un geste pourtant autodestructeur, conduit systématiquement les professionnels dans les zones grises de la qualification, sans nommer eux-mêmes le désir de mort. En effet, quels sont les repères et les leviers d'actions professionnels si un jeune dénie sa souffrance ou n'est pas en mesure de l'explicitier ? La variété des formes d'expression et de conduites liées au mal-être juvénile contribue ensuite à ce que les professionnels caractérisent peu la tentative de suicide en tant que telle. Ils se réfèrent plus facilement à des catégories



Charlène CHARLES,
maîtresse de conférences en
sociologie, université Paris-Est
Créteil-Val-de-Marne (LIRTES)

Christophe TROMBERT,
maître de conférences en
sociologie, université Lyon 2
(centre Max Weber)

À partir de leur recherche,
soutenue par l'ONPE. [\[en ligne\]](#)

MOTS CLÉS

Conduites à risque
MECS
Pratiques professionnelles
Repérage
Risque suicidaire
Suicide

Alors que les indicateurs de santé mentale de la jeunesse se dégradent en France [1], notamment les violences auto infligées féminines [2], il existe encore peu d'enquêtes sur le suicide en population adolescente dans un contexte de placement en établissements de la protection de l'enfance [3]. Pourtant, des travaux de médecine et de psychologie en France [4; 5] affirment un surrisque confortant le constat de la Haute Autorité de santé (HAS) [2021]. Une grande partie des jeunes placés présente souvent des facteurs associés au risque suicidaire comme un vécu fréquent de maltraitance, dont des violences sexuelles, des conflits intrafamiliaux ou des familles recomposées ou monoparentales. S'observent également une prévalence importante de troubles psychiques chez leurs parents, une mauvaise santé mentale des jeunes eux-mêmes [5; 6; 7], mais aussi des conditions de vie et de scolarité difficiles. Ce constat oblige à considérer la prévention



MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

L'enquête, soutenue par l'ONPE, porte sur le repérage et la prise en charge des états suicidaires des enfants placés et les relations entre les secteurs de la protection de l'enfance et de la santé mentale. Elle repose sur 74 entretiens semi-directifs, dont 40 avec des professionnels de la protection de l'enfance (6 psychologues, 19 éducateurs spécialisés ou moniteurs éducateurs; 15 responsables cadres ou conseillers techniques) et 31 avec divers professionnels des services pédopsychiatriques, maisons des adolescents et Points accueil écoute jeunes accueillant des enfants placés en MECS.

La démarche s'appuie sur un travail d'enquête comparatif et multi situé à la croisée des dispositifs sanitaires et sociaux, déployé sur 3 départements. Un biais d'auto-sélection a pu être repéré par la surreprésentation des femmes répondantes et la participation volontaire des personnes les plus concernées ce qui minore sans doute l'expérience des professionnels ne prenant pas forcément en compte d'emblée le risque suicidaire, par déni, banalisation ou difficultés de qualification. Cette enquête a permis d'identifier les ressources et de cerner les contraintes de travail qui pèsent sur les professionnels. Elle a également permis de saisir les outils d'intervention et l'étendue du réseau partenarial dont ils disposent (ou non) pour repérer et dépister le risque suicidaire. Mettre au jour leurs pratiques, leurs dilemmes et leurs épreuves a permis de saisir à la fois le vécu subjectif face au risque suicidaire mais aussi plus largement des contextes sociaux suicidogènes.

larges comme « passage à l'acte » ou « conduite à risque », elles aussi évocatrices d'une forme d'autodestruction et de mort. Le suicide complété est lui-même fréquemment désigné par euphémismes. Les périphrases et les stratégies d'évitement pour ne pas nommer sont fréquentes perpétuant ainsi le tabou sur le phénomène, comme les expressions « en finir » ou « idées noires ». S'ajoute à ce flou, le défaut de légitimité ressenti par les travailleurs sociaux à faire usage des mots « suicide » ou « tentative de suicide » qui sont souvent perçus comme relevant du champ de compétences du secteur psychiatrique ou psychologique.

Si le risque suicidaire apparaît si difficile à identifier, c'est aussi parce qu'il a de fortes répercussions sur les intervenants de première ligne et que le sentiment d'impuissance qu'il suscite entrave l'objectivation des situations de souffrance rencontrées par les enfants. Les silences, les dénis et les oublis de scènes suicidaires sont aussi caractéristiques de la sidération des professionnels face au choc ressenti ou même de leur sentiment de culpabilité et de la peur d'en être en partie responsable. Même dans les situations où existent des espaces pour que les professionnels reviennent

sur des drames tel qu'un suicide ou une tentative, ils ne suffisent pas forcément à rendre une parole possible. De surcroît, le tabou entourant la mort par suicide, surtout quand il s'agit d'enfant, peut renforcer des dynamiques d'omerta au sein des institutions.

Le repérage entravé par les conditions de prise en charge

Le contexte actuel d'exercice du travail social en protection de l'enfance permet de comprendre en partie cet inqualifiable suicidaire.

Premièrement, il existe des obstacles organisationnels au repérage. L'instabilité des équipes (turn-over, postes vacants couverts de façon discontinue) limite les possibilités d'installation d'une relation éducative de confiance [8] et conduit à craindre sa rupture. Cette incertitude chronique contribue à fragiliser les jeunes et peut empêcher l'expression de leur souffrance. L'anticipation de l'instabilité des professionnels vient faire obstacle à l'engagement des jeunes dans une relation et au développement de liens affectifs, pour éviter des souffrances en cas de

départ d'un professionnel. Voir arriver et partir des stagiaires, des intérimaires, voir des professionnels qui démissionnent, vient rejouer des ruptures subies avant le placement. Ces départs successifs de professionnels peuvent renvoyer aux jeunes que le travail consistant à prendre soin d'eux est pénible et dit quelque chose de leur propre valeur.

Deuxièmement, ce turn-over du côté des éducateurs en MECS et des référents ASE semble conduire à une perte d'histoire de la trajectoire des jeunes.

Troisièmement, la crainte d'un défaut de prise en charge en aval, du côté d'une pédopsychiatrie débordée et contrainte de prioriser les situations les plus graves et urgentes, cause un stress et un sentiment de solitude très fort chez les professionnels. Leurs anticipations, fondées ou non, d'un désaveu possible de leur inquiétude par la pédopsychiatrie (et le risque de voir invalidé tout leur travail relationnel pour essayer d'amener un jeune vers le soin) les conduisent parfois en retour à minimiser les situations.

De plus, les intervenants sociaux qui œuvrent à construire et à entretenir « la vie quotidienne », perçoivent parfois le risque suicidaire comme désorganisateur de ce quotidien ou ont tendance à ne pas voir ce risque en étant absorbés par la multiplicité des tâches à accomplir. C'est pourquoi les processus de déni, de banalisation ou de minimisation sont fréquents. Le risque suicidaire n'est pas forcément perçu comme tel parce que les professionnels peuvent être en difficulté pour prêter une attention spécifique à une souffrance particulière dans un contexte où ils s'affairent à gérer les activités collectives et où ils sont constamment susceptibles d'avoir à répondre aux besoins et difficultés de tous. De plus, dans la nécessité de maintenir l'équilibre de la vie collective en établissement, et de limiter la déliaison que suscitent les crises ou les incidents, les professionnels peuvent prioriser la tenue du foyer à l'attention individualisée.

L'accompagnement d'adolescents suicidaires ou présentant des risques suicidaires alimente fréquemment l'inquiétude des professionnels. Celle-ci est en lien avec l'expérience de la violence des crises ainsi que les risques perçus de contagion suicidaire (des phénomènes d'imitation, d'actions en miroir, de

socialisation aux tentatives de suicide), voire, la crainte d'une surenchère dans l'expression de la souffrance afin d'obtenir un surcroît d'attention. La présence d'adolescents suicidaires peut alors donner l'impression de dégrader la qualité de vie des autres mineurs placés dans ces contextes peu propices à leur propre apaisement. La crainte que ces situations ravivent chez eux des traumatismes est aussi présente. Le défaut de perception du risque suicidaire peut donner l'impression d'être structurel par manque de formation et en raison des conditions collectives d'accueil en foyer. Pour autant, ce risque devient une réalité qui ne peut plus être niée 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, est marqué par le désaveu du travail éducatif et semble conduire inéluctablement au besoin impérieux et rapide de la pédopsychiatrie.

La littérature sur le repérage du risque suicidaire et les premières actions de soutien visant à le réduire, envisage implicitement des situations où un unique jeune va mal et une logique « de cabinet ». Or, une rencontre duelle en un lieu séparé du quotidien reste assez rare dans le cadre de prises en charge simultanées dans un collectif. Des méthodes plus adaptées à la vie en collectif restent à penser et développer.

Le risque suicidaire pris dans le continuum des « conduites à risque »

À la difficile verbalisation et localisation de la souffrance, s'ajoute l'évaluation souvent complexe du degré de risque. Le geste suicidaire peut apparaître sans signification particulière dans un quotidien émaillé d'un foisonnement d'actes auto et hétéro-agressifs. Les atteintes aux autres ou à soi, les crises clastiques, les jeux dangereux, les scarifications, les consommations de drogue et les idées suicidaires sont quasi quotidiens au point de devenir effectivement « banales » dans un contexte où les souffrances des mineurs placés demeurent souvent massives et expressives. Fréquemment, la perception des tentatives de suicide par

les intervenants s'inscrit dans un continuum de mal-être s'exprimant sous des modalités variées et dans lequel les tentatives de suicide ne dénotent pas. Cette quotidienneté et cette variété des formes d'expression perçues de mal-être opèrent comme un effet de brouillage.

Par ailleurs, les professionnels peinent à accorder une grande signification au caractère genré du mal-être. Les passages à l'acte sont peu distingués entre actes hétéro-agressifs (très majoritairement masculins) et actes auto-agressifs (très majoritairement féminins), alors même que la très grande majorité des tentatives de suicide et des suicides sont réalisés par des jeunes filles. L'enquête a en effet identifié une proportion anormalement élevée de suicidées : 10 sur 13 parmi les suicides d'enfants placés rapportés par les enquêtés entre 2017 et 2023 et 10 sur 18 parmi les suicides d'enfants placés signalés par la presse entre 2011 et 2024, alors que dans cette classe d'âge ce sont les garçons qui se suicident deux fois plus. Ces constats invitent à s'interroger sur

des facteurs suicidogènes spécifiquement liés au genre et probablement en lien avec les questions d'agression sexuelle durant l'enfance et notamment l'inceste.

À cela peuvent s'ajouter des points de vue professionnels interprétant la menace de suicide ou la tentative comme « un chantage », placées du côté du « bluff » surtout quand il y a un aspect démonstratif, communicatif, réactionnel, visant à influencer et à faire réagir dans un contexte présent.

Sortir du tabou suicidaire, quelles pistes ?

Le premier levier de repérage et de traitement du risque suicidaire consiste à identifier les freins à la parole du côté institutionnel pour lever l'indicible dans les accompagnements. Le tabou qui entoure le suicide dans les structures collectives de la protection de l'enfance a des particularités et des ressorts plu-



UNE VOCATION ÉDUCATIVE CONTRARIÉE

La réticence des professionnels à évoquer le risque suicidaire se comprend en partie par la crainte de ne pas pouvoir apporter de réponse ou de provoquer l'acte en abordant le sujet. Au sentiment d'incompétence se rajoute la non-maîtrise des conséquences qui pousse à ne rien dire. À ce sujet, la HAS souligne 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 » (HAS, 2021).

Par ailleurs, la prise en charge du risque suicidaire a une forte tendance à suspendre voire à annuler « l'agir éducatif », alors que le soin ou l'attente de soin prend une place de premier ordre. S'observe ainsi une hiérarchisation des réponses, au sein de laquelle les soins seraient plus efficaces, conduisant souvent les professionnels du social à nourrir leur propre sentiment d'impuissance (qu'il soit réel ou subjectif). L'accueil de jeunes ayant des idées suicidaires connues peut donc s'avérer ambivalent : s'ils relèvent de la « protection », leur accompagnement ne permet pas l'appropriation des outils habituellement requis pour assurer le travail relationnel.

Plus largement, 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. Le suicide est souvent vécu par ces derniers comme marquant un désaveu de la vocation éducative et protectrice. Il a de fortes répercussions sur les vécus des intervenants de première ligne comme la culpabilité, des dynamiques accusatoires, la sidération, des arrêts de prises en charge ainsi que des changements de trajectoires professionnelles. À cet égard, les enjeux de l'accompagnement des travailleurs sociaux par la mise en place de procédures de postvention sont de taille pour apaiser la souffrance professionnelle et maintenir la stabilité des prises en charge.

riels : manque de légitimité, sentiment de culpabilité. Dépasser la sidération, parfois les traumatismes vicariants et la culpabilité souvent consubstantiels à l'exposition au risque suicidaire nécessite un travail réflexif, de formation et d'élaboration voire dans certaines circonstances un travail thérapeutique. Prendre conscience des mécanismes de silenciation et des interrogations existentielles que charrie le rapport de chacun à la mort, à ce qui est convoqué de plus intime et difficile à appréhender pour les professionnels est un enjeu majeur pour assurer la stabilité des prises en charge, point déterminant de l'accompagnement du risque suicidaire.

À cela s'ajoutent les contraintes de l'accueil collectif qui déterminent en partie les difficultés de repérage et d'attentions individualisées. Pour autant, la présence d'autres jeunes a de facto un effet protecteur (vigilance et alerte). Par ailleurs, le travail quotidien peut être une ressource quand il permet justement d'empêcher « les cogitations » et d'offrir une co-présence rapprochée des professionnels. Ils sont alors un support

de veille et de surveillance auprès des jeunes.

Ainsi, s'il paraît essentiel d'augmenter l'offre de soin et son accessibilité, il conviendrait de discuter de la socialisation au soin comme composante du travail socio-éducatif. L'incursion du soin dans la vie quotidienne mériterait d'être reconnue et encouragée comme le soutien émotionnel, l'encouragement des mineurs à verbaliser et identifier leurs idées suicidaires et à faire preuve de réflexivité. La richesse des ressources déjà mobilisées par les professionnels des structures collectives – la « bobologie », les différents outils de contenance, de médiation et d'attention particularisée – devrait être mieux visible, valorisée et soutenue par de meilleures conditions de travail. Tandis que les techniques des soignants – oser la question des idées suicidaires, recevoir la parole des mineurs, y répondre par l'adressage à des cliniciens, soutenir les plans de sécurité et les stratégies de coping – devraient pouvoir être réappropriables en tenant compte des conditions réelles de travail en structure collective. ■

RÉFÉRENCES

[1] Hazo, J.-B. *et al.* (2021). Une dégradation de la santé mentale des jeunes en 2020. *Études et résultats*, 1210.

[2] 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*, 1300.

[3] 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*, 95(7).

[4] Bronsard, G. (2012). *Évaluation 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, université Aix-Marseille].

[5] Danner Touati, C. (2021). *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].

[6] 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*, 1.

[7] Hammoud, M., Prudhomme, J., Champ-saur, 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*, 30(3), 349-359.

[8] Charles, C. (2019). Le travail social en intérim : le cas des éducateur.ices intérimaires dans les foyers de l'enfance. *Sociologie*, 4(10).



POUR ALLER PLUS LOIN

Sur la recherche

- *État suicidaire de jeunes en structure collective de protection de l'enfance : quelles ressources partenariales, de prévention et d'intervention pour les professionnels ?* Rapport final de recherche remis à l'ONPE en 2024. Coordination de la recherche : Charlène Charles. Équipe de recherche : Myriem Auger, Charlène Charles, Christophe Trombert. [\[en ligne\]](#)
- Webconférence ONPE Articulier recherche et pratiques « L'état suicidaire des jeunes placés en structure collective » [\[en ligne\]](#)

Sur la thématique

- Formation à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire dite formation « sentinelle » [\[en ligne\]](#)
- Haute Autorité de santé (2021). *Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation et prise en charge* [\[en ligne\]](#)
- Numéro national de prévention du suicide : 3114 [\[en ligne\]](#)
- ONPE (2019). *Le retour sur événement dramatique en protection de l'enfance. Sens et repères méthodologiques*. [\[en ligne\]](#)

Sur la santé mentale des enfants

- Défenseur des droits (2021). *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être*. Rapport annuel [\[en ligne\]](#)
- Journée d'étude ONPE « Rencontre ASE et pédopsychiatrie » [\[en ligne\]](#)
- Séminaire de recherche ONPE « Protection de l'enfance et santé mentale des enfants » [▶](#)