Des tentatives de suicide à leur prise en charge à l'hôpital : une sociologie des urgences

Florian Pisu

▶ **To cite this version:**

Florian Pisu. Des tentatives de suicide à leur prise en charge à l'hôpital : une sociologie des urgences. Sociologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2018. Français. NNT : 2018USPCB105 . tel-02514855

HAL Id: tel-02514855
https://theses.hal.science/tel-02514855

Submitted on 23 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

PARIS V- RENE DESCARTES

Des tentatives de suicide à leur prise en charge à l'Hôpital

Une sociologie des urgences

Florian PISU

Présenté le

12 novembre 2018

Jury

Philippe LE MOIGNE, directeur de thèse

Anne-Chantal HARDY

Carine VASSY

Louis CHAUVEL

Recherche financée dans le cadre d'un Partenariat Institution-Citoyens pour la Recherche et l'Innovation (PICRI), Conseil Régional d'Île-de-France

RÉSUMÉ

Cette thèse a pour objectif de rendre compte des ressorts contemporains de la suicidalité en France. Ce travail a été pensé dans une double perspective. D'une part, il s'est agi d'analyser la dynamique propre aux conduites suicidaires, en questionnant autant les motifs que les causes qui suscitent ces conduites. D'autre part, il a été question d'étudier l'organisation de leur prise en charge médicale, en s'intéressant au fonctionnement des services d'urgences qui accueillent la majorité des tentatives de suicide connues. Ces deux axes d'investigation ont été pensés de façon complémentaire, si bien que l'approche théorique et méthodologique qui organise cette démarche lie intimement la compréhension des conduites suicidaires avec celle de son traitement médical.

La lecture que nous proposons ici consiste à penser la suicidalité, ainsi que sa prise en charge, à travers les transformations normatives des sociétés contemporaines. Ces transformations sont caractérisées par l'affirmation et la valorisation inédite d'un certain type de relation sociale, faisant de la capacité d'autodétermination individuelle et de l'accomplissement personnel une référence centrale pour orienter l'action. L'autonomie, l'indépendance, l'authenticité et la responsabilité seraient ainsi inscrites dans nos pratiques les plus communes, de sorte qu'elles sont devenues un principe du fonctionnement des rapports sociaux et de la mesure de la valeur de chacun. Cette *individualisation* recompose les zones de tensions que les acteurs sont tenus de résoudre en contexte, selon leurs ressources propres, et au risque pour eux, parfois, d'y perdre toute possibilité d'agir.

C'est donc l'esquisse d'une nouvelle économie du suicide et des tentatives de suicide que nous avons souhaité mettre en lumière. Pour ce faire, nous avons mis en place une ethnographie des services d'urgences générales et psychiatriques, visant à analyser le déroulé de la prise en charge des tentatives de suicide au décours du geste suicidaire. Cette démarche vise à saisir la manière par laquelle les conduites suicidaires s'inscrivent dans la logique qui préside à l'univers médical, hypothèse étant faite ici que les tensions suscitées par l'autonomie se rejouent précisément dans cette *rencontre* singulière et incertaine entre suicidalité et soin.

ABSTRACT

The aim of this Ph.D thesis is to understand the contemporary issues about French suicidality. Two different dimensions have been investigated. First, we interrogated the dynamic of suicidal process, considering both individual motives and social causes of suicidal behaviors. Second, we studied emergency departments of the French public hospitals, that take care of the majority of suicide attempts known in France. The methodological and theoretical principles adopted in this work articulate our understanding of suicidal process with our analysis of its medical treatment.

In this work, we will suggest that suicidality and its medical treatment are shaped by normative transformations of contemporary societies, which place autonomy, independence, authenticity and responsibility as preeminent values. Yet, such values enhance a new type of social bound. This *individualization* changes the type of problems that actors have to solve with their own economic, cultural and social resources, which are sometimes not sufficient. Thus, this new normativity tends to affect suicidal issues.

In summary, we propose to enlighten a new economy of suicides and attempted suicides. To do so, we conducted an ethnographic investigation of general and psychiatric emergency services. The main hypothesis of this approach precisely supports that this new type of problems shaped through individualization arises in a specific manner in the medical treatment of suicidal behaviors.

SOMMAIRE

SOMMAIRE I

REMERCIEMENTS IV

AVANT-PROPOS VIII

INTRODUCTION 1

L'individualisation des conduites suicidaires 1
Une sociologie du suicide : l'individu et le sacré dans les sociétés modernes 2
Les conduites suicidaires comme expression des limites de l'individualité contemporaine 4

Des conduites suicidaires à leur prise en charge 9
Des réponses plurielles et incertaines face aux conduites suicidaires 9
Les conduites suicidaires comme miroir déformé de l'individualité contemporaine 11

Annonce du plan 13

1. UNE SOCIOLOGIE DES CONDUITES SUICIDAIRES 17

1.1 La construction culturelle et sociale de la différence de sexe dans les conduites suicidaires 17
1.1.1 La perméabilité relative des conduites suicidaires : des conduites différentes mais comparables 20
1.1.2 Une différence de sexe culturellement et socialement construite : des expressions différentes d'un même enjeu 36

Résumé 43

1.2 L'individualisation du suicide : les pistes d'analyse et leurs limites 45
1.2.1 Les évolutions du suicide au XX^{ème} siècle : l'accomplissement personnel et la réalisation de soi 45
1.2.2 L'individualisation du suicide : l'autonomie et la responsabilisation au centre des problématiques suicidaires contemporaines 59
1.2.3 Les transformations familiales et le suicide à la fin du XXème siècle : l'individualisation de la famille 69

Résumé 85

1.3 L'accomplissement personnel impossible : les bénéfices de l'approche comparée des conduites suicidaires 87
1.3.1 La réalisation de soi dans la sphère productive : marginalisation et désaveu personnel 87
1.3.2 L'individualisation des femmes : recomposition familiale et investissement personnel 104
1.3.3 Exclusion et marginalisation dans les conduites suicidaires féminines 117

Résumé 131

CONCLUSION PROVISOIRE **133**

2. DES TENTATIVES DE SUICIDE À LEUR PRISE EN CHARGE À L'HÔPITAL **135**

2.1 Une double démarche ethnographique **135**
2.1.1 D'une approche qualitative des tentatives de suicide à l'analyse de leur prise en charge 136
2.1.2 Une sociologie des urgences 148

Résumé **169**

2.2 Les urgences générales **171**
2.2.1 La valeur du travail et ses enjeux : l'importance de l'étiquetage des patients 172
2.2.2 Les représentations genrées face aux tentatives de suicide : une critique de la statistique des tentatives de suicide ? 194
2.2.3 Maintenir l'investissement : la charge personnelle des tensions 211

Résumé **227**

2.3 Le travail psychiatrique aux urgences **231**
2.3.1 L'autonomie au cœur de la prise en charge 232
2.3.2 L'autonomie et ses difficultés de mise en œuvre 253
2.3.3 L'individualisation au principe du travail 269

Résumé **285**

CONCLUSION GÉNÉRALE **287**

BIBLIOGRAPHIE **299**

ANNEXES **317**

1. Autorisations **317**
1.1 Comité d'Évaluation Éthique de l'Inserm 317
1.2 Déclarations CNIL 319

2. Grille d'entretiens **321**
2.1 Personnel hospitalier 321
2.2 Suicidants 325

3. Essai d'analyse de recompositions de trajectoires sociales **329**
3.1 « Je suis triste alors que j'ai tout… » : récit d'une recomposition incertaine 329
3.2 « J'ai élevé mes enfants toute seule… » : l'horizon réduit des alternatives selon le genre 333
3.3 La médiation médicale et le genre 340

INDEX DES FIGURES **349**

INDEX DES TABLEAUX **351**

INDEX DES ENCADRÉS **353**

TABLE DES MATIÈRES **355**

REMERCIEMENTS

L'occasion m'est enfin offerte de remercier celles et ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail et qui, je l'espère, trouveront dans ce manuscrit quelque raison de lui avoir porté intérêt.

Je tiens d'abord à remercier Philippe Le Moigne, pour son enthousiasme et son investissement dans ce projet, ainsi que pour ses conseils, sa disponibilité, sa patience, son écoute et ses nombreuses relectures. Sa rigueur intellectuelle m'a permis d'enrichir et d'éprouver ma compréhension des phénomènes sociaux ; ses qualités humaines m'ont permis de mener à bien cette entreprise complexe qu'est le doctorat.

Je tiens également à remercier sincèrement Anne-Chantal Hardy, Carine Vassy et Louis Chauvel, pour avoir accepté d'examiner dans le détail mes analyses ainsi que la démarche qui les structure.

J'exprime également ma reconnaissance à Christian Baudelot et Éliane Rothier Bautzer, pour avoir accepté de suivre le déroulement de cette thèse et avoir formulé des conseils précieux au cours de son développement.

Mes remerciements vont encore à la Région Île-de-France, qui a financé le partenariat dans lequel s'inscrit cette recherche. Ils vont également à l'Inserm, pour les moyens mis à disposition ainsi que pour l'aide à la réalisation de l'enquête. Je n'oublie pas non plus le Cermes3, qui m'a accueilli et permis de bénéficier d'un cadre de travail confortable et stimulant, ainsi que l'Institut de Formation Doctorale, qui m'a permis de mener à terme cette formation et cette recherche dans les meilleures conditions.

Je tiens à exprimer ma gratitude à l'U.N.P.S., pour son enthousiasme et son aide dans la mise en place de ce projet ; et plus particulièrement à Françoise Facy et Marc Fillatre, dont la connaissance des problématiques suicidaires et de leur prévention a rendu possible ce travail, et dont la générosité ainsi que la bienveillance ont rendu cette collaboration d'autant plus appréciable.

Toute ma gratitude va bien évidemment à l'ensemble des professionnels qui m'ont accueilli sur leur lieu de travail et qui ont parfois pris de leur temps personnel afin que je puisse

mieux saisir les enjeux de leur activité. De même, les personnes qui ont bien voulu partager avec moi leur histoire de vie, leur doute, leurs fragilités et leurs forces méritent de ma part une profonde reconnaissance. J'espère sincèrement que ma contribution à l'analyse des conduites suicidaire pourra permettre une meilleure compréhension de ce phénomène ainsi que de sa prise en charge, et que les personnes confrontées à ces problématiques bénéficieront, d'une manière ou d'une autre, de mes analyses.

Un remerciement particulier va à Jean Peneff, pour son écoute et sa bienveillance, ses conseils, ses questionnements et son engagement intellectuel toujours très stimulant. Merci également à Claudio, Alvaro, Thibaut et Adrien – qui se reconnaitront – pour leur soutien moral et leur aide, ainsi que pour les échanges que nous avons entretenus. Merci à tous les étudiants, en master ou en doctorat, dont j'ai croisé le chemin, et qui ont nourri certains questionnements intéressants sur mon sujet.

Merci, à Émeline, Auberi, Léo, Aline, Pierre, Étienne, Juliette, Mehdi, Camille, Maïté, Violaine, Rémi et Tatiana pour leur soutien, leur aide, leurs relectures et leur amitié.

Merci à François-Xavier pour ses relectures et pour nos échanges, toujours productifs. Merci pour son amitié.

Merci à Isabelle et Jean-Michel, pour leur aide, leurs relectures et leur soutien infatigable.

Merci à l'équipe de l'ESPE, qui se reconnaitra sans aucun doute.

Toute ma reconnaissance s'adresse à mon père et ma mère, ainsi qu'à mes frères, qui me soutiennent et me supportent depuis longtemps maintenant, et qui n'ont jamais manqué à cette difficile tâche.

Merci, enfin, à Chloé, qui partage désormais ma vie. S'il est toujours possible, en sociologie, de mesurer l'investissement et la force des liens, le prix de ce soutien me sera toujours inestimable.

Merci, donc, à toutes celles et ceux, amis, collègues et famille, qui m'ont accompagné dans ce « périple ». Tous méritent bien davantage que ces simples remerciements. Ils se

reconnaitront au-delà de cette liste non exhaustive et sauront l'attachement particulier que je leur adresse ici ; du moins, je l'espère.

AVANT-PROPOS

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'un Partenariat Institutions-Citoyen pour la Recherche et l'Innovation (PICRI), financé par la Région Île-de-France, dont il constitue le volet « Recherche ». Ce projet articule notre perspective de recherche avec la démarche citoyenne du partenaire associatif, à savoir l'Union Nationale de Prévention du Suicide (UNPS), qui milite depuis plus de vingt ans pour la prévention du suicide en France en favorisant les échanges et la coopération d'acteurs variés en matière de prévention des conduites suicidaires. Ce projet a également vocation à favoriser la formation académique, notamment à travers la participation du Master de Formation de formateurs des métiers de santé de l'Université Paris-V René Descartes. Nous avons ainsi eu le privilège de participer à une telle entreprise et nous espérons que le contenu des pages qui suivront apportera une digne contribution à l'analyse des problématiques suicidaires ainsi qu'à celle de leur prise en charge.

Dans cet esprit de collaboration et d'échange, il convient de mentionner l'ensemble des acteurs de terrain qui nous ont autorisés à observer et interroger le difficile travail qu'ils mènent quotidiennement auprès des populations suicidaires. Malgré les réductions nécessaires de l'analyse, nous espérons que celle-ci donnera à voir, dans la complexité des situations rapportées, les dynamiques en jeu dans la prise en charge des conduites suicidaires. En ce sens, nous ne formulons ici aucun jugement, qu'il fût complaisant ou à charge, vis-à-vis des qualités professionnelles ou personnelles des acteurs observés. Nous avons tenté de saisir certaines dynamiques collectives qui nous ont semblé structurantes et essayé d'en comprendre les logiques et les conséquences, les difficultés et les contradictions. Il n'est donc pas question, ici, de porter un jugement de valeur à l'encontre du travail qui s'effectue au sein des unités investiguées. L'exercice d'une neutralité axiologique, ce *rapport* aux valeurs que Weber (2003) appelait de ses vœux, s'il est complexe, n'en demeure pas moins nécessaire,

INTRODUCTION

Cette thèse a pour objectif de rendre compte des ressorts contemporains de la suicidalité en France. Pour ambitieux que ce projet puisse paraitre, il ne vise qu'à interroger *certains* aspects qui paraissent aujourd'hui structurer la vie en société et qui traversent, de façon singulière, ses manifestations les plus précaires. Il a été pensé dans une double perspective. D'une part, il s'est agi d'analyser la dynamique propre aux conduites suicidaires en interrogeant autant les motifs que les causes qui suscitent ces conduites. D'autre part, il a été question d'étudier les organisations chargées d'accueillir et de prendre en charge les tentatives de suicide aujourd'hui. Ces deux axes d'investigation ont été pensés de façon complémentaire, si bien que l'approche théorique et méthodologique qui organise notre démarche lie intimement la compréhension des conduites suicidaires avec celle de son traitement médical. C'est au prisme de l'individualisation que nous proposons d'explorer la suicidalité contemporaine et les réponses qui lui sont apportées.

L'individualisation des conduites suicidaires

La sociologie suggère, depuis plus d'un siècle maintenant, que le suicide varie en raison de l'état moral de la société. Cet état de santé du tissu social se traduirait jusque dans les actes qu'on aurait pourtant crus les plus individuels. Mais, dans une telle perspective, les raisons de se donner la mort ne représentent souvent que des *accidents*, singuliers et tout à fait personnels, qui ne rendent pas compte du phénomène. La structure des rapports sociaux y est supposée déterminer à l'avance le compte des morts volontaires au sein d'une nation, sans égard aux contingences de l'économie psychique des acteurs. C'est une équation pour le moins morbide et désincarnée, bien que nécessaire, qui s'offre alors au sociologue. Néanmoins, récemment, des approches sociologiques attentives aux motifs des conduites suicidaires et aux logiques individuelles ont montré toute la fécondité de l'analyse sociologique qualitative du suicide ou des tentatives de suicide. Mais, c'est alors souvent au prix d'un silence, sinon d'un rejet de l'analyse macrosociologique des conduites suicidaires. La démarche que nous proposons d'entreprendre ici a pour ambition de réconcilier la dimension sociale et individuelle du phénomène, entre explication et compréhension, en s'extirpant partiellement de ces deux perspectives. Il s'agirait en fait d'aborder la suicidalité contemporaine d'une façon très

particulière, en considérant comment celle-ci, sous l'effet de processus sociaux, est devenue *davantage* une affaire précisément *individuelle.*

Une sociologie du suicide : l'individu et le sacré dans les sociétés modernes

> « *On dit quelquefois que les sociétés modernes se distinguent de toutes celles qui les ont précédées parce qu'elles sont plus individualistes. Il en devrait résulter que l'on respecte davantage toutes les libertés, et qu'on reconnaît à l'homme en particulier le droit de disposer de lui-même. Mais d'autre part, si l'individu est considéré comme ce qui a le plus de valeur, il est tout naturel, au contraire qu'on blâme tout acte qui a pour effet non pas seulement de le détruire, mais surtout d'amoindrir le culte qu'on lui rend.* » (Halbwachs, 2002 : 347)

Une apparente contradiction, dans la suicidalité moderne, est liée à l'importance accordée à la libre détermination individuelle. Il y a, dans les sociétés modernes, l'affirmation d'une valeur supérieure de l'individu face au groupe : le suicide, ou sa tentative, devrait être logiquement mieux accepté dans un cadre où le choix individuel est mis au rang du sacré. Mais, dans le même temps, le suicide contrevient à cette valorisation, dans la mesure où il remet justement en question la sacralité de l'individu. Le suicide soulève ainsi au plus près le problème du rapport entre individu et société dans la modernité.

C'est ce que Maurice Halbwachs (2002) soulève très justement dès 1930 dans sa conclusion des *Causes sociales du Suicide*. L'auteur y propose une distinction qui nous parait ici centrale entre suicide et sacrifice, et qui fait de la relation individu/société un principe de constitution de l'objet sociologique qu'est le suicide. En effet, Halbwachs revient sur la définition sociologique du suicide, telle que Durkheim l'entendait en 1897 (Durkheim, 2007). Lorsque Durkheim analyse les cas de suicide altruiste auprès des militaires et dans les sociétés primitives, il décrit tout le poids de la contrainte normative et de l'attachement sans réserve au collectif. L'individu est alors amené à se détruire en s'effaçant pour le groupe, avec l'approbation de ce dernier. Il décrit en fait, selon Halbwachs, non pas le suicide, mais le sacrifice dont l'enjeu est très différent.

Si le suicide est blâmé dans les sociétés où l'on place l'individu (sa qualité et sa liberté) au rang des valeurs les plus grandes, c'est que la mort auto-infligée n'entraine pas le dépassement de soi. Au contraire, le sacrifice est une exigence valorisée par le groupe. *Le suicidé prend sa vie, le sacrifié donne la sienne* :

> « […]*'l'officier qui s'ensevelit sous les ruines d'un fort plutôt que de se rendre, le soldat qui accepte de mourir dans une explosion, pour faire sauter l'ennemi avec lui, ne soulève qu'approbation et admiration'. On juge de même du commandant qui reste le dernier à bord et ne survit pas à son bâtiment. Il n'y a là nulle contradiction, car ces deux ordres de faits paraissent bien distincts. Dans un cas, la mort était la condition d'un bien plus important que l'individu qui s'est tué. Dans l'autre, elle ne servait à rien. Elle était à elle-même sa propre fin*. » (Halbwachs, 2002: 341)

Si sacrifice et suicide font partie d'un même genre – la mort volontaire –, ils ne recouvrent donc pas les mêmes exigences normatives :

> « *Mais, tandis que la société préside au sacrifice, qu'elle l'organise publiquement, tandis qu'elle en prend la responsabilité, elle ne veut pas qu'on puisse dire qu'elle est intervenue dans le suicide. Si elle l'a conseillé et suggéré, l'acte une fois accompli, loin de le revendiquer comme une manifestation de sa volonté, comme un résultat de ses suggestions, elle ne le reconnaît pas, elle le répudie : « ce n'est pas elle qui a voulu cela. »* » (Halbwachs, 2002: 356-357)

Il y aurait ainsi, dans le suicide moderne, un fondement individualiste nouveau, qui donne à l'acte une signification également nouvelle. On blâme moins le suicidé, aujourd'hui, parce qu'il transgresse les lois de sa communauté en faisant valoir son propre choix, comme à l'époque médiévale. Cependant, on ne l'accepte pas non plus au nom d'une liberté individuelle érigée en norme : on le blâme *précisément* parce qu'il remet en cause sa capacité à exister en tant qu'individu.

Cette distinction entre suicide et sacrifice, que Halbwachs nous propose et que Baudelot et Establet (2006) ont reprise très justement, nous a amené à une définition très spécifique des conduites suicidaires. D'abord, ces conduites ne se réduisent pas à un geste déterminé qui, par sa matérialité même, définirait son caractère suicidaire. Ce geste est une composante nécessaire, mais non suffisante de la définition d'un suicide ou d'une tentative de suicide. Ces conduites ne sauraient être non plus réduites à l'intention de leur auteur. En effet, cette intention n'est jamais pleinement acquise et elle ne détermine pas, seule, la signification sociale de la conduite suicidaire. Enfin, s'il s'agit de saisir en propre les processus sociaux qui structurent ou favorisent la survenue de ces cas de mort (ou de tentative de mort) volontaire, la *caractérisation sociale* constitue un objet sociologique propre qui délimite, auprès d'une gamme de conduites déterminées, un certain type de relation sociale.

Sur ce dernier point, Georg Simmel (2011) a procédé de manière similaire quand il a voulu traiter sociologiquement de *la pauvreté*. En effet, malgré l'existence de processus socio-

économiques ayant des effets bien réels sur les individus et qu'il s'agit de comprendre en propre, est sociologiquement pauvre, selon Simmel, celui qui reçoit, ou est en droit de recevoir, l'assistance des groupes d'appartenance auxquels il est affilié ou des institutions prévues à cet effet. C'est là une définition proprement viable et satisfaisante, puisqu'elle implique intrinsèquement une relation entre un ensemble de personnes aux *propriétés spécifiques* et le réseau d'institutions chargées d'observer, de contrôler, de contraindre et de soutenir ces personnes. Nous proposerons donc de considérer que les conduites suicidaires acquièrent un statut social particulier dès lors qu'elles font l'objet d'une caractérisation qui sanctionne leurs propriétés et qui amène à un traitement socialement déterminé.

Cette proposition n'invite pas à se désintéresser des processus sociaux qui façonnent les cas de *mort volontaire et de leurs tentatives*. Au contraire, nous nous intéresserons spécifiquement aux logiques qui président à ces conduites et aux facteurs sociaux qui les affectent. Mais, en nous intéressant également à la caractérisation sociale contemporaine de ces conduites, aux types d'acteurs et d'organisations qui sont chargés d'accueillir, d'accompagner, de gérer, de contrôler et d'aider les individus désignés comme étant suicidaires, on touche aux normes et aux valeurs qui structurent la manière de penser et d'agir sur ces conduites. *Or, nous faisons ici l'hypothèse générale selon laquelle ce qui structure cette caractérisation sociale des conduites suicidaires n'est pas sans rapport avec les processus qui affectent la survenue d'une mort volontaire.* C'est là l'hypothèse générale qui cadre l'ensemble de ce travail. Et, ce qui parait façonner les ressorts de ces conduites ainsi que leur traitement tient précisément à la place de l'individu dans les sociétés contemporaines.

Les conduites suicidaires comme expression des limites de l'individualité contemporaine

La place accordée à l'individu dans les valeurs modernes ainsi que la manière dont ces valeurs permettent au système social de se reproduire et de se maintenir, ont fait l'objet d'un questionnement au cœur des problématiques ayant trait au suicide, et ce, depuis l'œuvre fondatrice de Durkheim en 1897 (Durkheim, 2007). En effet, celui-ci suggère précisément que la déstructuration des modes traditionnels de solidarité tend à compromettre la manière dont les individus peuvent être attachés à certains groupes d'appartenance (*suicide égoïste*). Mais, de plus, cette transformation compromet la manière par laquelle le système de normes est en capacité de réguler les relations entre individus (*suicide anomique*). *La force de Durkheim est*

ici de s'extraire de l'ordre des interactions et de l'intersubjectivité. Le divorce, par exemple, n'est pas perçu comme un *motif* individuel suscitant le suicide, mais comme un *indicateur* de l'affaiblissement de l'institution matrimoniale, de sa cohérence et de sa force protectrice, entrainant une transformation des protections vis-à-vis du suicide pour tous, qu'ils soient divorcés ou non.

Mais, à regarder l'évolution des taux de suicide au cours du XX^{ème} siècle, ce diagnostic est-il pertinent ? L'instauration du divorce a-t-elle déstructuré l'institution familiale au profit d'un égoïsme forcené ? L'affaiblissement de la pratique religieuse a-t-il désolidarisé les individus entre eux, les laissant en proie à l'isolement ? Si la place accordée à l'individu est bel et bien centrale dans la modernité, l'évolution des taux de suicide n'a pas tenu les promesses d'une déstructuration progressive de la société. C'est que cette « montée de l'individualisme » n'est pas gage d'égoïsme et d'anomie. Nous suggérons ici que les causes des conduites suicidaires se situent moins dans une absence de repères normatifs que dans l'impossibilité des acteurs à satisfaire des exigences socialement constituées. On suggère également que la démarche durkheimienne est impropre à rendre compte de ce phénomène, dans la mesure où elle évacue trop complètement les motifs individuels et les problématiques d'action. En effet, les ressorts des conduites suicidaires résident précisément dans la manière dont les individus parviennent à répondre, dans le cours de l'action, aux exigences sociales qui leur incombent. Or, la place de l'individu dans les valeurs modernes cadre des exigences nouvelles qui pourraient bien être au principe de la suicidalité contemporaine et des réponses qui lui sont apportées. C'est l'hypothèse générale qui guide notre investigation et qu'il s'agirait d'étayer.

*

Pour saisir la centralité de l'individu aujourd'hui, il convient d'y voir, non pas un facteur de désordre, mais une composante structurante de l'ordre normatif dans les sociétés modernes. Il s'agit de considérer que l'autodétermination tend aujourd'hui à constituer *un idéal collectivement valorisé,* qui rompt progressivement avec l'assujettissement aux règles présidant aux sociétés dites traditionnelles. La capacité d'autodétermination – c'est-à-dire la capacité de l'individu à déterminer ses propres règles de conduite au-delà des institutions plus traditionnelles ou communautaires – serait devenue une attente dominante des relations sociales. Les acteurs seraient alors amenés à se penser eux-mêmes comme les maîtres de leur conduite *parce qu'ils sont socialisés à se penser comme tel* (Descombes, 2003) :

> « […] *Individualiser ne veut pas dire ici reconnaître à l'individu une « sphère d'action» propre, au sens d'une opposition entre une action individuelle et une participation à l'action collective, comme le donnait à penser Durkheim dans son explication de l'opposition entre la Gemeinschaft et la Gesellschaft. Il s'agit plutôt de lui reconnaître un domaine privé, une sphère d'autonomie, en ce sens que c'est à lui, s'il le veut et s'il le peut, de fixer les principes et les règles de sa conduite dans ce domaine qui lui est réservé.* » (Descombes, 2003 : 27)

Elias (1991) suggère que cette individualisation est la conséquence d'une série de transformations sociales, économiques et politiques qui ont favorisé le développement du sentiment d'une intériorité propre à l'acteur, de sa réflexivité, de son autocontrôle. Ce sentiment est rendu possible par le contrôle grandissant de la violence par l'État et la diffusion des « bonnes » mœurs (induisant un contrôle croissant de l'individu sur ses pulsions), l'accroissement de la concurrence interindividuelle et des interdépendances entre individus et entre groupes sociaux différenciés. Dans ces termes, la « montée de l'individualisme » ne représente pas un délitement de l'ordre social, entrainant l'absence de repère pour les acteurs. L'individualisation constituerait ici une recomposition *progressive* du système de valeurs et de la manière légitime, attendue, valorisée, d'agir en société. Cette perspective permet d'interroger différemment le problème du suicide et de ses enjeux. En effet, l'explication de ce phénomène tient à la fois à l'ordre des normes et des valeurs du système, mais également à la manière dont les acteurs sont en capacité de s'inscrire dans cet ordre.

Anthony Giddens, en 1966, suggère précisément *que les conduites suicidaires sont la conséquence d'une inadéquation entre les exigences d'un système social (quel qu'il soit) et la possibilité, pour les individus, de satisfaire à ces exigences* (Giddens, 1966). Selon les rôles, les statuts, les attentes et les ressources disponibles, les acteurs sont plus ou moins en capacité de s'ajuster aux objectifs légitimes de l'action, et plus ou moins en mesure de mobiliser les moyens appropriés pour y parvenir. *La conduite suicidaire surgirait dès lors que ce type d'aménagements s'avère impossible.* Pour reprendre les propositions formulées récemment par Cousteaux et Pan Ké Shon (2008), « [la] *souffrance surgit alors de la perception du décalage entre des valeurs intériorisées et la réalité vécue et aboutit à un sentiment de faillite personnelle, d'insuffisance, à une perte d'estime de soi*. » (Cousteaux & Pan Ké Shon, 2008). L'individualisation, en elle-même, ne favorise donc pas la survenue des conduites suicidaires, mais elle en transforme les ressorts.

Giddens (1966) suggère, à ce titre, que la tension au principe des conduites suicidaires est affectée par le processus d'individualisation de façon spécifique. En valorisant la capacité d'autodétermination des individus, la société pourrait fragiliser certains acteurs dont les ressources sont insuffisantes ou inaptes à répondre à cette exigence. Giddens prend pour exemple les sociétés contemporaines d'Europe occidentale, où l'institution du mariage est davantage laissée à l'initiative individuelle. Dans ce cadre, la norme *désavantage* les individus qui, de par leur parcours de vie, peinent à tisser un lien significatif avec autrui. En effet, les difficultés à créer et à maintenir un lien affectif avec autrui seront moins saillantes dans le cadre d'un système où le mariage arrangé est la norme, dans la mesure où l'investissement affectif ne sera pas nécessaire, sinon désirable :

> « *In Western Europe, the formation of the courtship-marriage relationships is largely left to the responsibility of every individual. Now, in such a system, the kind of person who is disadvantaged in contracting marriage relationship is the one who is already dependent upon one already established relationship (i.e., normally with a parent) and who finds it very difficult to form close affective contacts with others. In a system where contractual marriage is the rule, on the other hand, such a person will tend to be necessarily involved in a marriage relationships, since the formation of the contract will not depend basically upon his own ability to form and maintain an affective tie.* » (Giddens, 1966 : 288)

En d'autres termes, dans un contexte marqué par un idéal d'action qui fait de l'autodétermination et de la liberté de choix dans le couple une valeur centrale, certains acteurs rencontreront des difficultés plus importantes selon leurs compétences propres, leurs ressources, leur parcours personnel et leur position dans l'espace social :

> « *Values which promote individual initiative or responsibility, or which specifically leave a given sphere of social life "open" can be contrasted with those governing social structures in which the formation and definition of social ties is "taken out of the hands" of the individuals involved* » (Giddens, 1966 : 278)

L'individualisme n'entraine donc pas nécessairement une augmentation des conduites suicidaires, mais une transformation notable de leurs ressorts. Il s'agit, dans ce travail, de rendre compte de cette transformation.

*

Si la suicidalité contemporaine s'alimente aux limites du processus d'individualisation, elle représente une image radicale et peu commune des tensions qui traversent l'individualité ordinaire, celle qui ne s'exprime ni par un coup d'éclat incertain ni par la fuite silencieuse.

Ehrenberg (1998) a montré que la dépression et l'addiction représentent précisément des difficultés analogues suscitées par l'idéal d'autonomie. La souffrance psychique serait aujourd'hui « *l'expression socialement réglée de la plainte* » (Ehrenberg, 2010), expression la plus répandue et la plus attendue dans ce cadre où les exigences sociales pèsent sur l'intériorité. *C'est dans ces termes que nous comprenons les rapports étroits qui lient les troubles mentaux aux conduites suicidaires : ces rapports ne sont ni factices, ni négligeables (comme le suggérait Durkheim), ni liés à une simple détermination psychologique ou biologique*.

Si la dépression marque – sous un jour différent mais comparable – une *difficulté à agir et à pouvoir agir* face à un idéal normatif d'individu autonome (Otero, 2012), nous proposons de considérer les conduites suicidaires comme la cristallisation et l'intensification de cette difficulté : elles expriment *l'impossibilité* des acteurs à agir en tant qu'individus. *Les conduites suicidaires exprimeraient ainsi la négation, au moins temporaire, de toute possibilité d'action.* Elles traduiraient l'impossibilité des acteurs à agir dans un contexte où l'idéal d'action autonome, hors de portée, suscite des difficultés qui s'expriment différemment selon la position sociale et les parcours singuliers. Cette expression serait, dans la majorité des cas, le résultat d'une *improvisation* peu rationalisée – ce que Michel de Certeau (1990) a pu conceptualiser comme une tactique – davantage qu'une stratégie bien établie. On en veut pour indice le nombre bien supérieur des tentatives de suicide sur celui des suicides chaque année (Observatoire National du Suicide, 2014).

Des conduites suicidaires à leur prise en charge

Ce travail de thèse visait précisément à explorer, au sein des conduites d'autodestruction non létales et qualifiées de suicidaires, la manière par laquelle cet ordre normatif s'inscrit dans des parcours singuliers. Pour le dire autrement, il s'agissait de saisir comment des aspirations sociales se recomposent dans les « plis singuliers » (Lahire, 2013) des trajectoires individuelles, et comment les acteurs, doués d'une capacité propre d'action, répondent aux tensions auxquelles ils sont confrontés. Pour ce faire, nous avons mis en place une campagne d'entretiens destinée à interroger les trajectoires de vie des personnes ayant réalisé une tentative de suicide. Cette approche en termes de trajectoires de vie est inspirée de la notion de carrière proposée par la sociologie interactionniste des années 1980 (Becker, 1985) et récemment mobilisée dans l'analyse de certains processus psychopathologiques (Darmon, 2008a, 2008b). Elle visait à rendre compte des singularités des problématiques suicidaires, des positions successives de l'individu au sein de sa trajectoire de vie, mais également de la compréhension subjective de ces problématiques par les acteurs concernés.

Cependant, l'analyse des trajectoires de vie des personnes ayant réalisé une tentative de suicide n'a pas été possible. Nous en préciserons les raisons au cours de ce travail. Mais, comme on l'a dit, cette campagne d'entretiens s'est inscrite dans un projet plus ambitieux visant à interroger la manière par laquelle la suicidalité est aujourd'hui reconnue et prise en charge en France. On trouve, ici, dans un second volet de l'enquête, notre questionnement ayant trait à la qualification et au traitement socialement situé de ces conduites. C'est au déroulé de la prise en charge médicale, spécialisée ou non, ses difficultés et ses enjeux, que nous nous intéressons alors.

Des réponses plurielles et incertaines face aux conduites suicidaires

La majorité des conduites suicidaires connues sont prises en charge par les services d'urgences, dont les objectifs ne sont pas précisément de répondre à ces problématiques médico-psychologiques. Ces services sont chargés d'accueillir, d'orienter et de prendre en charge sur le plan somatique la grande majorité des conduites suicidaires connues. Mais les contraintes relatives à ces services leur permettent-elles de se charger de façon adéquate de ces conduites ?

L'importance de l'activité de ces services pourrait bien rendre difficile l'accueil, l'évaluation, le soin et l'orientation des tentatives de suicide. En tant que « porte d'entrée » de

l'hôpital, les urgences ont une tâche spécifique et centrale de gestion et d'orientation de la demande, dans un contexte où l'augmentation de l'activité est croissante (Cour des Comptes, 2014). La pression subie par ces services est accentuée par les transformations de fonds de l'organisation hospitalière et des moyens alloués aux hôpitaux depuis les années 1990 (Safon, 2017). Ces contraintes multiples et les exigences contrastées auxquelles font face ces services font du travail aux urgences un moment de tensions importantes qu'il s'agit de réguler au mieux pour les professionnels (Vassy, 2004).

Les tentatives de suicide, comme l'ensemble des problématiques « médico-sociales » ou « médico-psychologiques », ne paraissent pas constituer une part valorisée de l'activité de ces services (Peneff, 1992), alors même que les urgences publiques accueillent une part importante de ces patients (Morel, 2016). De par la dimension psychosociale des problématiques, ces conduites sont susceptibles de faire l'objet d'une moindre considération de la part du personnel (Peneff, 1992). Pourtant, pour faire l'objet de l'évaluation psychiatrique aujourd'hui nationalement recommandée (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé *et al.*, 2000), les tentatives de suicide doivent d'abord être prises en charge d'un point de vue somatique. Or, dans 10 à 20% des cas, « *le relais de soins ne peut* […] *être mis en place de façon adaptée.* » (Stephan, Le Galudec, & Walter, 2011), alors même que les équipes de psychiatrie participent à cette prise en charge au niveau des urgences générales. La réponse opérée aux urgences somatiques s'avère donc incertaine.

Si l'on en croit le taux de récidive suicidaire à 1 an et à 4 ans, respectivement de l'ordre de 14% et 23% (Chan Chee & Jezewski-Serra, 2014; Courtet, 2010), la réponse médicale semble complexe. D'autant plus que la tentative de suicide est le facteur prédictif principal d'un suicide accompli. Comment se déroule l'intervention des équipes de psychiatrie au sein des services d'urgences, en vue de l'évaluation et de l'orientation de ces patients une fois que l'enjeu somatique est conjuré ?

Les conduites suicidaires pourraient représenter jusqu'à 36% des demandes d'avis psychiatrique aux urgences (Walter & Genest, 2006). Le traitement de l'urgence psychiatrique est réalisé par des structures diverses, dont les organisations diffèrent de manière importante selon le réseau local d'institutions disponibles (Robin *et al.*, 2001; Walter & Genest, 2006). Selon Walter et Genest, les situations prises en charge par ces dispositifs d'urgence ne constituent une urgence liée à une décompensation psychopathologique importante et structurée

que dans 30% des cas, alors que 70% des cas représentent une situation de crise qui *« ne correspond pas exactement (ou pas encore) à un diagnostic psychiatrique répertorié mais à un débordement d'apparence psychiatrique lié à un dysfonctionnement du contexte de vie du patient. »* (Walter & Genest, 2006).

La capacité de l'intervention psychiatrique d'urgence à répondre de façon adaptée aux problématiques des patients dépend fortement du réseau d'institutions sanitaires, sociales et médico-sociales locales. Or, certains ont pu souligner que le travail de partenariat et la mutualisation des ressources permettent davantage de « tenir » que de proposer une véritable réponse structurée aux besoins existants, dans un cadre où les moyens font défaut (Sicot, 2009). Si 28% des suicidants (*personnes ayant tenté de se suicider sans décéder*) font l'objet d'une hospitalisation en psychiatrie à l'issue de leur passage aux urgences, comment s'opère cette évaluation ? Quelles en sont les difficultés ?

Cette réponse est complexe, et nous ne prétendons pas rendre pleinement compte de cette complexité. Cependant, il nous importera d'en saisir certains enjeux, et d'interroger la place de l'individualisation dans le déroulé de la prise en charge. *En effet, l'hypothèse de travail qui a guidé notre démarche d'investigation fait de ce second volet de l'enquête une opportunité originale pour saisir en quoi l'individualisation traverse la constitution des problématiques suicidaires ainsi que leur traitement médical.*

Les conduites suicidaires comme miroir déformé de l'individualité contemporaine

Comme on vient de le souligner, la rencontre entre soin et tentative de suicide constitue un lieu privilégié, mais incertain, du repérage et du traitement de ces conduites. Or, les valeurs et les règles qui régissent l'univers hospitalier ne sont pas sans rapport avec les normes et valeurs qui traversent la société (Van Der Geest & Finkler, 2004). En effet, les acteurs de santé – qu'il s'agisse des urgentistes ou des psychiatres – n'évoluent pas en vase clos, et les organisations dont ils sont les agents s'inscrivent dans les tendances du système social. La sociologie et l'anthropologie ont montré depuis longtemps que le système médical s'inscrit au cœur du fonctionnement social, et que son développement s'articule avec celui des sociétés industrielles (Bergeron & Castel, 2014).

Nous suggérons ici que les logiques qui président à l'activité de soin, à ses objectifs centraux et à la réalisation de ces objectifs par les professionnels, pourraient révéler l'importance de la promotion contemporaine de l'autonomie. *Nous proposons cette hypothèse, centrale, selon laquelle l'autonomie traverse les logiques du travail médical et du traitement des conduites suicidaires. Or, ici, les enjeux de l'autonomie feraient précisément écho aux ressorts des conduites suicidaires elles-mêmes, de sorte que la rencontre entre suicidalité et soin parait problématique.*

Si les conduites suicidaires trahissent bien une impossibilité à agir en tant qu'individu, cette rencontre vis-à-vis du travail de soin parait incertaine. Son analyse pourrait même trahir certains aspects constitutifs de la problématique suicidaire à travers la posture adoptée par les patients vis-à-vis du soin. Darmon (2008a) a montré, dans son étude portant sur l'anorexie mentale, que certaines postures au principe de l'anorexie se rejouent au cœur de la prise en charge. Ce point nous parait particulièrement intéressant, dans la mesure où il permet de considérer que les problématiques des patients sont susceptibles d'émerger de manière singulière dans la rencontre avec les dispositifs de soin, au travers de postures spécifiques. Nous suggérons donc que les difficultés relatives à la reconnaissance, à la prise en charge et à l'accompagnement des conduites suicidaires sont susceptibles de rendre compte, au moins partiellement, des problématiques qui structurent ces conduites.

Nos hypothèses de travail consistent donc à considérer que l'individualisation traverse de bout en bout la question suicidaire*, c'est-à-dire qu'elle tend à affecter :*

1) *la constitution des problématiques suicidaires, à travers les difficultés suscitées par l'autonomie ;*
2) *les réponses apportées à ces difficultés.*

Nous suggérons, ainsi, que les enjeux des conduites suicidaires se rejouent au cours du soin.

Annonce du plan

Les analyses portant sur l'individualisation ont fait l'objet de plusieurs critiques (Dawson, 2012). L'une d'entre elles, qui concerne particulièrement la question du suicide, porte sur le manque d'éléments empiriques susceptibles de conforter ces propositions. En effet, si Giddens propose des éléments théoriques fondateurs à propos du suicide et de son rapport à l'individualisation, il n'engage aucun élément empirique. Nous suggérerons, dans la première partie de cette thèse, qu'il est possible de mobiliser des données chiffrées pour mieux saisir le poids de la norme d'autonomie sur les conduites suicidaires (1). Si la démonstration d'une capacité individuelle à décider des règles qui régissent la conduite des acteurs n'entraine pas nécessairement une augmentation des taux de conduites suicidaires, nous proposerons, par différents biais, d'en saisir les indices. La mobilisation de variables qualitatives permettra notamment de s'approcher plus concrètement de l'enjeu de ces conduites. À cette occasion, nous reviendrons sur les liens qui unissent suicides et tentatives de suicide et sur le poids des facteurs sociaux et économiques.

Cependant, ces propositions resteront à l'état d'ébauche, tant l'usage de ce type de données ne permet que difficilement de saisir cet impossible ajustement des acteurs vis-à-vis des exigences sociales qui leur incombent. Si l'analyse statistique est limitée, l'analyse ethnographique devait permettre de saisir la relation entre des logiques individuelles constituées au sein de *trajectoires sociales singulières*, et la difficulté à réaliser des aspirations socialement constituées. Il s'agissait, par-là, d'explorer en quoi les conduites suicidaires représentent l'expression socialement située d'une difficulté à agir en tant qu'individu, dans le cadre d'un système de règles valorisant l'autodétermination, le choix personnel et l'authenticité. Comme on l'a dit, cet objectif n'a pas abouti, du fait de difficultés méthodologiques qui ont grevé la démarche d'investigation. Mais, si l'analyse des conduites suicidaires au prisme de l'individualisation est complexe, elle n'en demeure pas impossible.

C'est à travers l'étude du travail de soin consacré à ces conduites que nous proposerons d'explorer la transversalité du processus d'individualisation, dans la rencontre incertaine entre tentative de suicide et services d'urgences somatiques et psychiatriques (2). Pour ce faire, nous avons mis en place une ethnographie des urgences générales et psychiatriques visant à analyser le déroulé de la prise en charge des tentatives de suicide au décours du geste suicidaire. L'analyse du travail de soin auprès des personnes ayant réalisé une tentative de suicide sera

l'occasion de relever plusieurs aspects de l'individualisation qui s'inscrivent de façon particulière dans cette rencontre : *1)* quel type de désignation s'opère au moment de la rencontre entre tentative de suicide et prise en charge ? *2)* certains enjeux des conduites suicidaires se rejouent-ils précisément dans le travail de soin ? *3)* en quoi les professionnels chargés d'évaluer et d'orienter ces conduites sont-ils susceptibles d'être soumis à un même type de tensions liées à la valorisation de l'autonomie et de la responsabilité, et quelles en sont les conséquences ?

1. Une Sociologie Des Conduites Suicidaires

L'analyse sociologique quantitative des conduites suicidaires est complexe et aboutit à des résultats souvent contrastés. Elle est fondée sur la comparaison des taux et des facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide, et de leurs variations dans le temps. Nous souhaitons ici synthétiser une partie des connaissances relatives à ces variations. Pour ce faire, nous mobiliserons exclusivement des analyses déjà menées en épidémiologie, en suicidologie et en sociologie. Il convient de noter que, les conduites suicidaires résultant systématiquement d'une combinaison complexe de facteurs, il s'agit d'aborder ces relations avec précaution. L'analyse du suicide n'en est pas impossible pour autant. Nous reviendrons, dans un premier temps, sur les rapports entre suicide et tentatives de suicide, et sur la nécessité d'un rapprochement entre ces deux phénomènes (1.1). Nous proposerons ensuite d'interroger la question de l'individualisation dans le suicide, et nous verrons les limites des données à ce sujet (1.2). Nous proposerons, enfin, d'aborder cette question à l'aide des données disponibles sur les tentatives de suicide et de données, plus qualitatives, permettant d'aborder le phénomène suicidaire de façon plus riche (1.3).

1.1 La construction culturelle et sociale de la différence de sexe dans les conduites suicidaires

Longtemps traité seul, le suicide a été pensé par l'idée de rupture : rupture du lien social et inadéquation des repères normatifs permettant à l'individu de structurer ses projets et aspirations de vie (Durkheim, 2007). Or, comme le rappelle Besnard (1997), cette rupture a d'abord été pensée au masculin, du fait de la surreprésentation des hommes dans les statistiques du suicide. Durkheim a pensé la moindre mortalité des femmes par suicide comme l'indice de leur moindre participation à la vie sociale et publique :

> « *Comme* [la femme] *vit plus que l'homme en dehors de la vie commune, la vie commune la pénètre moins : la société lui est moins nécessaire parce qu'elle est moins imprégnée de sociabilité. Elle n'a que peu de besoins qui soient tournés de ce côté, et elle les contente à peu de frais. Avec quelques pratiques de dévotion, quelques animaux à soigner, la vieille fille a sa vie remplie* » (Durkheim, 2007 : 231)

Il a souligné, également, le caractère naturellement borné des besoins féminins :

> « *En effet, les besoins sexuels de la femme ont un caractère moins mental, parce que, d'une manière générale, sa vie mentale est moins développée. Ils sont plus immédiatement en rapport avec les exigences*

> *de l'organisme, les suivent plus qu'ils ne les devancent et y trouvent par conséquent un frein efficace. Parce que la femme est un être plus instinctif que l'homme, pour trouver le calme et la paix, elle n'a qu'à suivre ses instincts* » (Durkheim, 2007: 306)

Outre cette vision particulière du phénomène, dont Besnard (1997) a noté l'incohérence au regard du modèle de Durkheim, ce traitement genré du suicide n'est pas isolé. Kushner (1993) a montré que l'explication sociologique du suicide a longtemps été centrée sur la participation des hommes au foyer de la vie en société et sur les effets néfastes de l'urbanisation et de la modernisation :

> *In the early nineteenth century numerous European and North American commentators warned that the growth of cities would be accompanied by an assortment of social ills, all of which could be traced to the destruction of traditional social relations. While this belief had more ancient origins, the fear of the modem took on a special intensity in the nineteenth century. The assertion in 1820 by Etienne Esquirol, the leader of the French asylum movement, that "madness is the disease of civilization" was emblematic of these views.' The rise of factories, which led to the downgrading of traditional skills and the substitution of wage labor for familial production, was portrayed as particularly disruptive. Adherence to familial roles was depicted as the primary defense against the forces of social disintegration. Because middle-class ideology, as opposed to social reality, emphasized the role of women as mothers and as guardians of the family, theorists assumed that women were better positioned than men to resist the chaos ascribed to modernity.* (Kushner, 1993 : 461)

Au contraire de cette conceptualisation, la tentative de suicide est souvent présentée comme l'image inversée du suicide : la jeune femme dont la volonté n'est pas de mourir, mais de communiquer une souffrance intime – l'appel à l'aide –, voire de manipuler son entourage. L'acte, majoritairement réalisé par des femmes, est alors davantage pensé au féminin, comme un simulacre dont l'enjeu est différent. De plus, les motifs des conduites suicidaires féminines ont longtemps été réduits au domaine familial. La femme est alors pensée comme passive, affectivement dépendante, voire manipulatrice :

> *Stengel (1964), Weiss (1957), Baechler (19791, and Suter (1976) linked female suicide attempting with efforts to exercise control in stressful relationships with males. Stengel drew attention to the manipulative intent of female suicide attempters and described them as using the threat of suicide as an aggressive and defensive weapon with which to control relationships. Weiss suggested that "failed" suicide attempts result in secondary gains for the woman in that she is able at least temporarily to alter the behavior of others and derive satisfaction for her affectional needs. Baechler, in categorizing intrafamilial roles as to the likelihood of suicide, ranks wives and mistresses as powerfully induced to*

> *suicidal behaviors because of their emotional and financial dependency upon males. Their suicidal acts are forms of "blackmail of love" and the strategies used by individuals in less powerful roles in a relationship. He argues that in female-male conflicts, males are more likely to adopt a strategy of power whereas females adopt a strategy of manipulation and dependence*. (Stephens, 1985 : 78)

Les tentatives de suicide ont ainsi longtemps été perçues comme une forme de communication, et la femme, exclue du foyer de la vie sociale, était de même évacuée d'un enjeu qui serait propre aux hommes, et qui s'exprimerait chez eux dans le suicide.

Mais si Durkheim (2007) a affirmé qu'une différence de nature distinguait les deux conduites, Halbwachs (2002) a tôt souligné qu'une part des tentatives de suicide traduisait une même logique que celle du suicide. *Il a notamment souligné l'idée selon laquelle la suicidalité féminine pourrait être sensiblement égale à celle des hommes, dans l'hypothèse où les tentatives de suicide constituaient un acte comparable au suicide* :

> « *Pourtant, entre les simulateurs conscients ou inconscients et les suicidés véritables, il y a un groupe sans doute important de malheureux qui n'ont manqué ni de volonté, ni de courage, mais de chance ou d'habileté. Si c'est à ce groupe qu'il fallait attribuer le plus grand nombre des tentatives non suivies d'effet, parmi les femmes, mais seulement alors, on serait en droit de conclure que le penchant au suicide est à peu près aussi développé dans les deux sexes.* » (Halbwachs, 2002: 62)

Cependant, n'étant ni en mesure d'évaluer l'ampleur réelle du phénomène, ni en mesure de bien qualifier l'intention dans les tentatives de suicide, Halbwachs conclut à l'impossibilité de traiter suicide et tentatives de suicide d'un même mouvement :

> « *De ces recherches et de ces résultats, nous pouvons conclure que le suicide présente un aspect technique qu'on ne saurait négliger, lorsqu'on aborde certains problèmes. S'ensuit-il, toutefois, qu'il y ait lieu dès maintenant d'élargir la définition de l'homicide de soi-même et d'y comprendre toutes les tentatives de se donner la mort, qu'elles aient été ou non suivies d'effet ? Certes, il semble qu'il importe assez peu que le suicide ait été exécuté, pourvu qu'on soit assuré que le sujet avait vraiment l'intention de se tuer. Nous verrions cependant deux objections sérieuses à un tel changement de méthode. D'abord il est beaucoup plus difficile de relever les tentatives que les suicides. De fait, le nombre des cas sur lesquels portent ces observations est assez limité (par exemple, 2.232- tentatives et suicides à Florence de 1900 à 1915, alors qu'en France, dans la seule année 1922, il y a eu 8.612 suicides consommés). Il est plus facile de dissimuler une tentative qu'un suicide accompli. Mais, d'autre part, et surtout, on ne sait jamais si ces tentatives correspondent à autant d'intentions fermes de se donner la mort, ni jusqu'à quel point il y a eu simulation, simple velléité, ou l'un et l'autre. Rien ne prouve l'intention, rien ne prouve que la victime ait su que son acte devait produire la mort, si ce n'est le fait, incontestable, qu'elle l'a exécuté jusqu'au bout*. » (Halbwachs, 2002 : 65-66)

Deux objections interdisent, selon l'auteur, ce traitement commun. La première objection est méthodologique et elle est justifiée par les données de l'époque : peu de tentatives de suicide sont enregistrées et leur connaissance n'est pas sûre. Cette objection est aujourd'hui hors de propos : si la connaissance statistique des tentatives de suicide demeure complexe et sujette à caution, le phénomène est considérablement plus important numériquement que le suicide (en France, on compte entre 100.000 et 200.000 tentatives de suicide prises en charge par les services de soin chaque année[1], alors que le suicide représente environ 10.000 cas de décès par an). La seconde objection est d'ordre logique : le décès, nous dit Halbwachs, est la preuve suffisante que l'individu a souhaité mourir. Pourtant, si l'intention de mourir est une condition nécessaire du décès par suicide, ce dernier peut tout à fait résulter d'une résolution moins catégorique qu'il n'y parait. De même, le résultat de la tentative de suicide (la survie) n'est pas une preuve de l'absence de cette intention de mourir. Pour le dire autrement, la certitude de l'intention, dans le suicide comme dans la tentative, ne nous parait suffisamment bien repérable, définitive et centrale pour que l'on s'appuie sur ce critère afin de discriminer les deux conduites.

*

Nous souhaitons présenter, dans cette section, les raisons qui autorisent à considérer le suicide et la tentative de suicide comme deux phénomènes distincts mais comparables. On verra, dans un premier temps, que des similarités importantes caractérisent ces deux conduites, malgré des différences certaines. Dans un second temps, nous proposerons des hypothèses théoriques permettant d'expliquer certaines différences constatées sans toutefois confondre suicide et tentatives de suicide.

1.1.1 La perméabilité relative des conduites suicidaires : des conduites différentes mais comparables

Des différences entre suicides et tentatives de suicide

En France, on comptait 9 715 décès par suicide en 2012. Cela correspond à un taux standardisé par sexes et âges[2] de 16,67 suicides pour 100.000 habitants, soit à 1,74% de la

[1] Selon qu'on s'en tienne aux hospitalisations ou aux passages aux urgences
[2] Pour plus de détails sur la méthodologie employée, nous renvoyons aux développements de l'Observatoire National du Suicide, dans son rapport de 2016, aux pages 184 et 185. La standardisation par âge et sexe

mortalité totale (Observatoire National du Suicide, 2016). D'après les données internationales, la France se situe au onzième rang parmi les 28 pays de l'Union européenne (Observatoire National du Suicide, 2016). Le taux de suicide français en 2012 est dans la moyenne des pays les plus riches (World Health Organization, 2014).

Comme on l'a suggéré plus haut, on trouve une différence homme/femme importante dans les taux de suicide français. Le taux de suicide masculin est élevé, de l'ordre de 25,93 pour 100 000, tandis que le taux de suicide féminin est moins conséquent, de l'ordre de 7,42 pour 100 000. *Les hommes meurent donc plus de trois fois plus souvent par suicide que les femmes.* Au contraire, les femmes réalisent la majorité des tentatives de suicide enregistrées (par les services de santé) ou déclarées (sur l'année). D'après les données d'hospitalisation dans les services de médecine et chirurgie (données les plus fiables dont on dispose), on compte 78.980 patients en 2013, pour 90.094 hospitalisations dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), soit un taux de 15,7 hospitalisations pour 10.000 habitants. En considérant des données plus large, on comptabilise en France environ 160.000 tentatives de suicide prises en charge par les services d'urgences (Chan Chee & Jezewski-Serra, 2014) et environ 200.000 prises en charge par les services de santé chaque année. Les taux d'hospitalisations sont plus élevés chez les femmes (18,9 pour 10000) que chez les hommes (13 pour 10000).

*

Outre ces différences relatives à l'importance de chaque sexe dans la suicidalité, les méthodes utilisées pour se donner la mort diffèrent fortement entre suicides et tentatives de suicide. En France, en 2012, les méthodes les plus utilisées dans les cas de suicide sont, par ordre d'importance, la pendaison (54%), l'arme à feu (15%), l'intoxication par médicaments et autres substances (produits toxiques, pesticides) (11%) et le saut d'une hauteur (7%) (Observatoire National du Suicide, 2016). Ces quatre méthodes représentent ainsi à elles seules

permet d'obtenir des taux pour 100 000 habitants de la même catégorie d'âge et de sexe. La standardisation par classes d'âges et par sexe est effectuée en vue de comparer des taux entre différents pays ou entre différentes régions. Il s'agit de standardiser les taux concernés (par exemple une région) à partir de la structure par âge et par sexe d'une population de référence. On obtient ainsi un taux « *défini comme le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de référence (ou population type).* » (ONS, 2016 : 184)

87% des causes de décès par suicide en France[3]. La pendaison est ainsi la méthode principale de suicide, représentant la moitié du contingent[4].

Quelques méthodes seulement sont également utilisées dans la quasi-totalité des tentatives de suicide connues. L'intoxication médicamenteuse volontaire est de loin la plus mobilisée (avec environ 82% des TS). L'intoxication aux produits toxiques (alcool, produits chimiques et pesticides, à hauteur de 8%) la phlébotomie (concernant 5% des tentatives) et la pendaison (1,6%) sont ensuite les méthodes les plus communes (Chan Chee & Jezewski-Serra, 2014). Ces quatre méthodes concentrent ainsi 96,6% des modes opératoires. Les procédés mobilisés dans les suicides et dans les tentatives de suicide sont donc identiques, mais ils ne se retrouvent pas dans les mêmes proportions.

*

Parmi les facteurs centraux qui éloignent les tentatives de suicide des suicides, on trouve l'âge. En effet, les tentatives de suicide concernent des populations plus jeunes que celles du suicide. En France, en 2012, le taux de suicide augmentait avec l'âge, tous sexes confondus. Relativement faible avant 24 ans, il est plus important chez les hommes que chez les femmes (9,4 contre 2,8 pour 100000 dans la tranche 15-24 ans). Entre 25 et 54 ans, le taux de suicide augmente fortement (29,09 pour 100000 chez les hommes, contre 8,47 pour les femmes). La tranche d'âge des 45-54 ans présente un taux élevé autour de 38,1 pour 100000 chez les hommes et de 12,6 chez les femmes. Entre 55 et 75 ans, les taux reprennent un niveau inférieur à ceux des 45-54 ans, pour les deux sexes, et ils augmentent de manière considérable après 75 ans : en particulier chez les hommes 67,07 pour 100000. De manière générale, les taux masculins sont toujours supérieurs aux taux féminins.

[3] Au contraire de l'alcoolisme ou de l'anorexie, qui peuvent engendrer un décès après des années, le décès par suicide est une conséquence non différée de la conduite qui l'a suscitée.

[4] C'est le cas dans la majorité des pays à haut revenu, tandis que les pays à moyen et bas revenu font davantage usage de produits toxiques comme les pesticides, probablement du fait d'une activité agricole importante touchant une part bien plus large de la population (World Health Organization, 2014). Les dynamiques sociales semblent ainsi pouvoir affecter le choix dominant de la méthode.

Tableau 1 : Effectifs et taux standardisés* de décès par suicide selon le sexe et la classe d'âges en France métropolitaine, en 2012

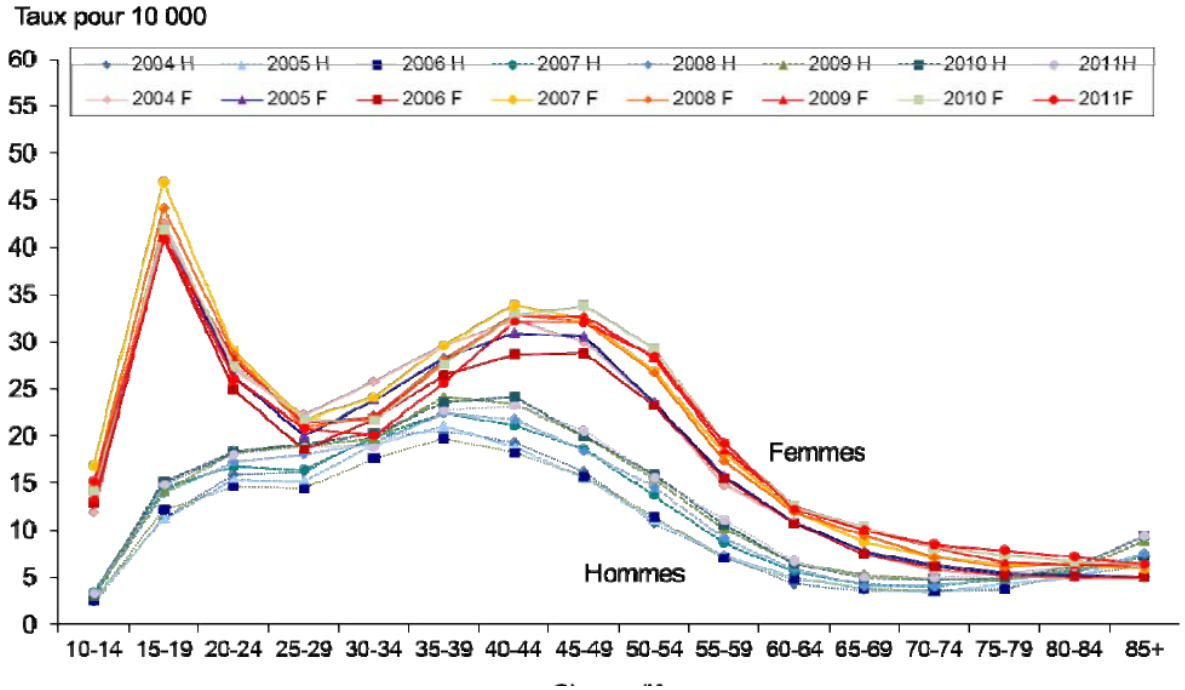
	Hommes			Femmes			Deux sexes		
	Nombre décès	Taux	% mortalité totale	Nombre décès	Taux	% mortalité totale	Nombre décès	Taux	% mortalité totale
1-14	22	0,4	3,32	11	0,2	2,18	33	0,3	2,83
15-24	358	9,4	17,93	106	2,8	14,30	464	6,1	16,95
25-54 ans	**3582**	**29,09**	**12,75**	**1069**	**8,47**	**7,67**	**4651**	**18,78**	**11,06**
25-34	687	17,8	21,57	181	4,6	14,55	868	11,2	19,60
35-44	1277	30,1	18,90	336	7,8	10,00	1613	19,0	15,95
45-54	1618	38,1	8,91	552	12,6	5,91	2170	25,4	7,89
55-74 ans	**1933**	**30,30**	**2,25**	**766**	**10,85**	**1,78**	**2699**	**20,57**	**2,09**
55-64	1178	30,2	3,00	484	11,6	2,67	1662	20,9	2,90
65-74	755	30,4	1,61	282	10,0	1,14	1037	20,2	1,45
75 ans ou +	**1410**	**67,07**	**0,87**	**458**	**12,61**	**0,21**	**1868**	**39,84**	**0,49**
75-84	901	54,5	1,11	296	12,4	0,43	1197	33,4	0,80
85-94	483	97,9	0,66	145	12,8	0,12	628	55,3	0,33
95 et +	26	122,0	0,32	17	17,8	0,05	43	69,9	0,11
Tous âges	**7305**	**25,93**	**2,60**	**2410**	**7,42**	**0,87**	**9715**	**16,67**	**1,74**

*Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.
Source • CépiDc-Inserm.

Source : Observatoire Nationale du Suicide, 2016 : 412

Si les taux diffèrent selon l'âge et le sexe dans les tentatives de suicide, ils sont différents des variations observées dans le suicide. Les tentatives de suicide hospitalisées présentent chez les femmes un premier pic aux âges les plus jeunes, entre 15 et 19 ans (environ 42 pour 10.000). Un second pic s'observe dans le milieu de vie entre 40 et 49 ans (environ 30 pour 10.000), pour diminuer chez les plus âgées. Pour les hommes, la conduite commence à devenir numériquement importante à partir de 15 ans, et l'augmentation atteint un maximum entre 40 et 44 ans (environ 22,5 pour 10.000). Si les taux restent relativement bas, comparés à ceux des femmes, la période entre 25 et 39 ans montre une forte proximité avec les taux féminins (entre 30 et 34 ans, les taux sont quasi identiques : soit 16,6 et 16,8 pour 10.000). À partir de 45 ans, les taux masculins diminuent. Les hospitalisations donnent ainsi une image de la distribution des tentatives de suicide bien différente de celle du suicide.

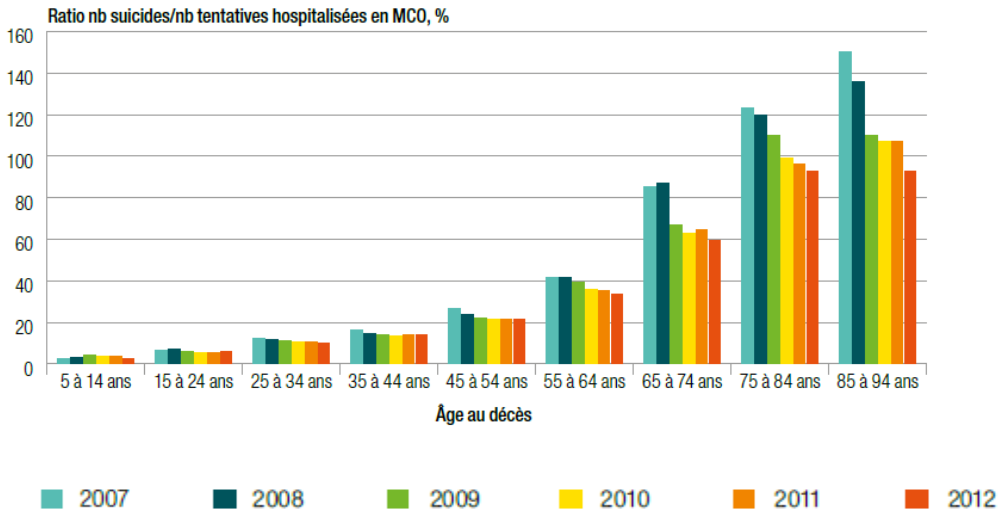
Figure 1: Taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide en France métropolitaine par sexe et classe d'âge pour 10000 habitants, PMSI-MCO 2004-2011



Source : Chan Chee et Jezewski-Serra, 2014: 17

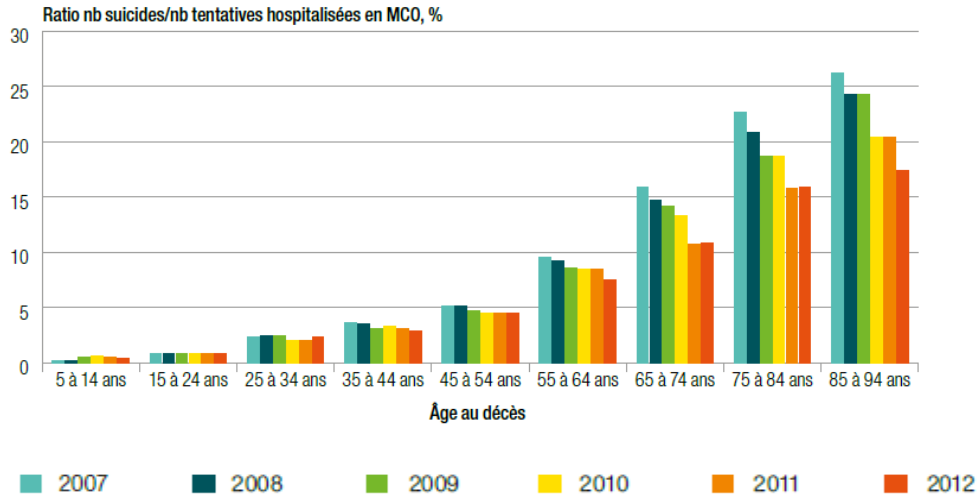
En considérant les conduites suicidaires dans leur ensemble, et en calculant le rapport suicides/tentatives de suicide selon l'âge, on constate que, quel que soit le sexe considéré, la tentative de suicide constitue la conduite majoritaire de la jeunesse suicidaire. La part des tentatives dans l'ensemble des conduites suicidaires diminue au long du cycle de vie. L'importance du suicide par rapport à la suicidalité en général est systématiquement plus importante chez les hommes, et elle croît avec l'âge. La tentative de suicide est donc davantage une conduite de la jeunesse – chez les hommes comme chez les femmes –, et elle est également davantage une conduite féminine.

Figure 3: Rapport suicides/tentatives de suicide hospitalisées selon l'âge chez les hommes entre 2007 et 2012



Source : ONS, 2016

Figure 2: Rapport suicides/tentatives de suicide hospitalisées selon l'âge chez les femmes entre 2007 et 2012



Source : ONS, 2016

Pour autant, si les deux conduites sont assez différentes, des liens certains existent entre elles. En abordant le phénomène de façon dynamique, on est en mesure de saisir ces rapports.

Des populations qui ne s'excluent pas totalement : une perspective dynamique

Parmi ces liens, le plus important est sans doute le fait que *la tentative de suicide est le facteur prédictif le plus important d'un suicide accompli* (Beck, Guignard, Du Roscoät, & Saïas, 2011; Courtet, 2010; Hawton, Comabella, Haw, & Saunders, 2013). Dans une revue de littérature réalisée en 1967 sur les tentatives de suicide, James Wilkins a tenté de mesurer la part des personnes, parmi les suicidants, qui meure par suicide au cours d'une tentative ultérieure. Les pourcentages varient entre 0,2 et 69% selon le contexte (psychiatrique ou non), et selon la méthodologie de recherche (si le suivi est à quelques mois ou à plusieurs années). Les données actuelles montrent qu'en France, entre 2007 et 2012, trois pour cent des personnes hospitalisées pour tentatives de suicide sont décédées *dans l'année* qui a suivi leur hospitalisation : on trouve une surreprésentation des suicides par rapport à la population générale (Observatoire National du Suicide, 2016: 430). Mais le rapport le plus significatif est probablement à trouver dans le contingent des suicidés.

Wilkins a montré qu'une fraction assez variable de personnes décédées par suicide présentait des antécédents de tentatives de suicide (Wilkins, 1967). Selon les études et la méthodologie adoptées, le pourcentage varie entre 7 et 33% au sein d'un échantillon non spécifique de personnes suicidées, et entre 30 et 77% lorsque l'échantillon concerne des personnes ayant été hospitalisées en institution psychiatrique. *Dans la conférence de consensus organisée en France au début des années 2000* (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé *et al.*,2000)*, Vedrinne et Weber rapportent qu'entre 30 et 60% des personnes suicidées sont des récidivistes*. Dans cette même conférence, Agnès Batt rappelle qu'on retrouve des antécédents suicidaires dans 40% des autopsies psychologiques, et qu'une étude d'Asgard réalisée en 1987 montrait que 63% des femmes suicidées étaient récidivistes, tandis qu'une étude de Beskow de 1979 montrait que 42% des hommes l'étaient également.

Tableau 2 Part des suicides avec antécédents de tentative de suicide (tous sexes confondus)

Reference	Percentage
General Samples	
Gibbs [1]	7
Coe [2]	9
Tuckman and Lavell [3]	9
Sainsbury [4]	9
Parnell and Skottowe [5]	11
Yessler, *et al.*[6]	12
Stengel and Cook [7]	14
Jones [8]	16
Robbins, *et al.*[9]	23–29
Dorpat, *et al.*[10]	33
Formerly Hospitalized Mental Patient Samples	
Wheat [11]	30
Beisser and Blanchette [12]	50
Farberow and Shneidman [13]	62
Jamieson [14]	77

Source : Wilkins, 1967: 289

Il existe donc bien un lien statistique entre suicide et tentative de suicide. On compte en proportion importante, une année sur l'autre, des personnes suicidées ayant déjà appartenu à la catégorie des tentatives de suicide. Il parait alors exagéré d'affirmer que les suicides et les tentatives de suicide constituent deux populations sans aucun rapport. *Dès lors que l'on saisit les conduites suicidaires de façon dynamique, les différences entre suicide et tentative de suicide se réduisent sensiblement.*

De plus, la statistique du suicide ne nous dit rien de la diversité interne des intentions suicidaires, de leur qualité, de leur fragilité ou, au contraire, de leur résolution. *Le taux de suicide englobe d'un même mouvement des logiques, des objectifs, des visées qui pourraient bien être différents.* Or, précisément, cette diversité caractérise les tentatives de suicide.

Lorsqu'on interroge les jeunes entre 15 et 30 ans ayant effectué une ou plusieurs tentatives au cours des douze derniers mois, 23% déclarent une volonté ferme et unique d'abréger leurs jours et 17% une attitude que d'aucuns qualifieraient d'irrationnelle, où l'intention de mourir ne s'accompagne pas d'une conduite stratégiquement adéquate :

> « *Parmi les jeunes de 15 à 30 ans ayant déclaré une tentative de suicide, 23 % déclarent qu'ils étaient « vraiment décidé[s] à mourir et [que] c'est seulement par chance qu'[ils ont] survécu », 17 % qu'ils « souhaitaient mourir » tout en sachant que « le moyen n'était pas le plus efficace », et 60 % déclarent que leur tentative de suicide était un « appel à l'aide », mais qu'ils n'avaient pas « l'intention de mourir ». Ces proportions ne sont pas significativement différentes selon le sexe, l'âge ou la situation professionnelle des jeunes ayant répondu à l'enquête [tableau II]. En revanche, les 31-75 ans sont plus nombreux à déclarer qu'ils étaient vraiment décidés à mourir (34 %)* ». (Beck *et al.*, 2013 : 240)

Si 60% des personnes interrogées déclarent qu'il s'agissait d'un « appel à l'aide », il faut prendre ces pourcentages avec précaution. Que signifie « vraiment décidé à mourir », et cette assertion revêt-elle le même sens pour tous ? Le questionnaire impose les termes de la réponse à chacun des répondants, et ce, concernant des éléments qui n'ont rien d'évident : il n'est pas certain que la catégorie « appel à l'aide » rejette pleinement l'éventualité de mourir.

Joyce Stephens (1985) a proposé, à ce sujet, l'idée selon laquelle la plupart des conduites suicidaires représentaient *à la fois* une échappatoire pour l'individu, vis-à-vis d'une relation violente ou insatisfaisante, et *à la fois* une façon de remettre en ordre les éléments de cette relation :

> « *The suicide attempt represented simultaneously a flight from the unhappy relationship and a desparate effort to restore it on a different footing* » (Stephens, 1985 : 80)

Les tentatives de suicide ne représenteraient pas simplement une forme d'appel à l'aide sans intention de mourir. De même, les suicides « aboutis » ne représentent pas nécessairement une ferme intention d'en finir.

Dans les deux cas, il est envisageable de considérer que suicide et tentatives de suicide sont souvent caractérisés par une multiplicité d'intentions, qu'il est complexe d'apprécier. Séparer logiquement et radicalement – par définition – les tentatives de suicide des suicides ne tient que *1)* lorsqu'on exagère le caractère péremptoire des suicides accomplis en supposant que la statistique décrit bien cette image idéale du suicide déterminé et *2)* lorsqu'on compare les deux populations en insistant sur leurs différences, telles que le sexe et l'âge, sans s'attarder sur les liens existants. De plus, ces liens sont perceptibles dans les évolutions récentes des taux de suicide et de tentatives de suicide.

Des évolutions récentes comparables :

À la fin des années 1980, les taux de suicide décrivent une baisse progressive qui, aujourd'hui encore, perdure. À la fin des années 1990, Chauvel (1997) note que l'élévation forte du suicide autour de 40 ans, dépassant les taux à 50 et 60 ans, est caractéristique de la décennie 1990. Entre 2002 et 2012, toutes les classes d'âges sont concernées par une baisse du taux de suicide. Celui-ci passe de 20,1 pour 100 000 à 16,7, soit une diminution globale de 17%. On trouve cependant une exception chez les 45-54 ans : sur la période, le taux de suicide des personnes âgées entre 55 et 74 ans diminue globalement de 16,1%[5], celui des 15-24 diminue de 20,5%, celui des 25-34 diminue de 31,7% et celui des 35-44 ans diminue de 25,5%, alors que celui des 45-54 ans stagne. *La concentration dans le milieu de vie caractérise ainsi les taux de suicide depuis les années 1990, dans un contexte de baisse globale*[6].

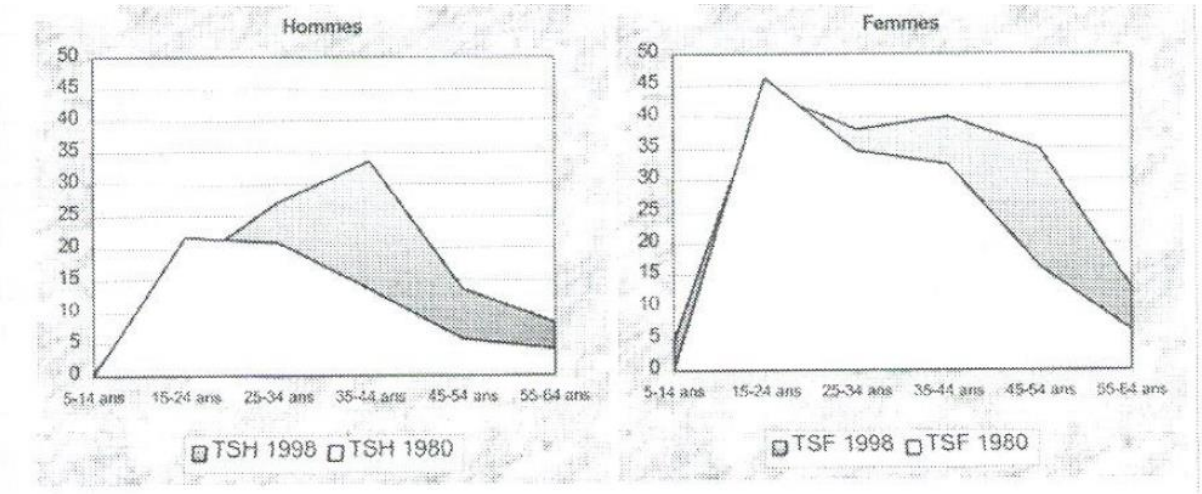
Si les tentatives de suicide présentent bien une population d'âge et de sexe différents, l'évolution récente de leurs taux indique également un même resserrement dans le milieu de vie. Selon les données rassemblées par Boudesseul (2002), le resserrement des taux de tentatives de suicide dans le milieu de vie s'observe entre les années 1980 et 1998. Alors qu'en 1980 les tentatives de suicide masculines présentaient les taux les plus élevés avant 25 ans (2,16‰ chez les 15-24 ans, contre 1,35‰ chez les 35-44 ans et 0,57‰ chez les 45-54 ans), on

[5] Le taux des personnes dans la classe d'âge des 55-64 ans ne diminue que sur la période 2002-2007, après quoi aucune variation significative n'est constatée.
[6] Un même resserrement des taux était observable chez les 35-44 ans à la fin des années 1980 et dans les années 1990 : leur taux de suicide dépassait alors celui des 45-64 ans. Aujourd'hui, un décalage s'est opéré, et c'est dans la classe des 45-54 ans que les taux de suicide se concentrent.

observe un déplacement sensible vers le milieu de vie en 1998 (1,70‰ chez les 15-24 ans (soit une diminution de 17%), contre 3,36‰ chez les 34-45 ans (soit une augmentation de 149%) et 1,36‰ chez les 45-54 ans (soit une augmentation de 138,6%)) (Boudesseul, 2002). Le pic des tentatives de suicide masculines se situait ainsi autour des 35-44 ans en 1998. Il se situe aujourd'hui (sur la période 2008-2013) dans la tranche d'âge des 40-44 ans (Observatoire National du Suicide, 2016).

Pour les femmes, la situation est quelque peu différente, mais suggère un même phénomène. Pour elles, le pic des tentatives de suicide entre 15 et 24 ans se situait à 4,62‰ en 1980, et s'est maintenu en l'état jusqu'en 1998 (4,41‰). Cependant, alors que les taux diminuaient fortement avec l'âge en 1980 (3,25‰ pour les 35-44 ans et 1,62‰ pour les 45-54 ans), le milieu de vie représente une nouvelle composante de la suicidalité non létale féminine en 1998 (3,99‰ chez les 35-44 ans et 3,42‰ chez les 45-54 ans). Aujourd'hui, les tentatives de suicide féminines présentent toujours un premier pic entre 15 et 19 ans (4,2‰) et un second entre 40 et 49 ans à 3‰.

Figure 4 : Évolution des TS entre 1980 et 1998 selon le sexe



Source : Boudesseul, 2002: 231

On observe donc un même type de transformation dans la distribution des conduites suicidaires selon l'âge. Malgré les différences indéniables entre suicide et tentatives de suicide, les évolutions de ces deux phénomènes ne paraissent pas entièrement indépendantes. En la matière, Diekstra (1989) a tôt suggéré que les évolutions des suicides et des tentatives de suicide décrivaient des tendances similaires. Entre 1965 et 1980, les taux de tentatives de suicide augmentent sensiblement chez les jeunes dans les pays où le taux de suicide des jeunes évolue dans le même sens (on évoque plus loin cette question). Parmi les pays où cette association est faible, les carences qui affectent l'enregistrement des tentatives de suicide pourraient constituer une explication suffisante :

> « *it seems safe to assume that both trends are intimately related. Data from centers with well-defined catchment areas collected over a number of years in several countries indicate that hospital admission rates for attempted suicides for adolescents and young adults rose sharply during the same period (1965 - 1980) when their national suicide rates were increasing. In two countries, Great Britain and The Netherlands, data on attempted suicides from hospital inpatient registers showed the same phenomenon. Most remarkably, however, the correlation between both rates in The Netherlands over the period 1970-* ***1984*** *appeared to be moderate (.37) which might be a consequence of the fact that hospital admitted suicide attempters form only a minor and possibly a varying percentage of the total population of attempters.* » (Diekstra, 1989 : 13)

*

Enfin, la concentration des tentatives de suicide dans le milieu de vie au cours des années 1980 et 1990 est, comme dans le cas du suicide, liée à un recul global du phénomène depuis cette période. Le taux global de tentatives de suicide est de 2,5‰ en 1993, de 2,14‰ en 1998 – baissant pour les hommes comme pour les femmes (Boudesseul, 2002). Si l'on s'attache aux données plus récentes, la baisse des taux semble perdurer, avec en 2004 un taux de 1,68‰ TS, et un taux de 1,58‰ en 2006. Ils remontent et se stabilisent entre 2007 et 2011 autour de 1,84 et 1,83‰, soit à un niveau inférieur à celui de 1993 (Chan Chee & Jezewski-Serra, 2014). Selon le rapport de l'ONS (2016), une diminution du taux de tentatives de suicide s'observe entre 2008 et 2013, passant de 1,75‰ en 2008 à 1,57‰ en 2013. Cette baisse est plus marquée chez les femmes que chez les hommes. *Malgré des variations localisées (au cours de la période 2007-2010), le taux de tentatives de suicide est donc en baisse générale depuis 1993, au regard des données disponibles*.

*

Comme on l'a dit, il n'y a pas de liaison nécessaire et systématique entre suicide et tentative de suicide. Pourtant, au regard des similarités constatées entre les deux phénomènes, Boudesseul propose d'envisager une « zone de comparabilité », « *c'est-à-dire une zone dans laquelle les situations vécues et agies se posent en des termes suffisamment proches pour pouvoir être comparés* » (Boudesseul, 2002 : 231). Il serait alors raisonnable d'analyser ensemble les suicides et les tentatives de suicide, gardant à l'esprit que ces deux phénomènes se chevauchent mais ne se confondent pas. S'il ne s'agit pas de conclure à une superposition complète des suicides et des tentatives de suicide, les deux conduites ne représentent pas des phénomènes radicalement différents. Boudesseul souligne, à ce propos, qu'à effectuer une lecture trop quantitativiste, on a tendance « *à conforter le sens commun, par le jeu des moyennes et des fréquences, en accrochant les tentatives à une image modale de la femme, jeune et intoxiquée par voie médicamenteuse, alors que les suicides seraient plutôt associés au profil de l'homme, âgé, maniant l'arme à feu ou la corde.* » (Boudesseul, 2002). Pour le dire autrement, *la tentative de suicide n'est pas le portrait strictement inversé du suicide.*

Les tendances contemporaines montrent des similarités dans la baisse générale des taux et dans la concentration de ces conduites dans le milieu de vie. C'est un point central de la suicidalité contemporaine, dont nous essaierons de chercher les raisons en analysant les facteurs affectant le suicide et les tentatives de suicide et leurs évolutions au tournant de la seconde moitié du XX^{ème} siècle. Mais avant cela, il convient de s'intéresser aux raisons permettant d'expliquer les différences constatées, notamment en matière de répartition par sexe.

1.1.2 Une différence de sexe culturellement et socialement construite : des expressions différentes d'un même enjeu

Malgré les similarités constatées, les différences entre suicide et tentative de suicide ne sont pas négligeables. La sous-représentation des femmes dans le suicide ne semble pas redevable aux imperfections du recueil statistique (Aouba, Péquignot, Camelin, Laurent, & Jougla, 2009), pourtant sérieuses (Atkinson, 1968; Brooke & Atkinson, 1975; Douglas, 1967). Pour aborder cette inégale distribution des conduites suicidaires selon le sexe, quelques principes d'analyses présentés par Range et Leach (1998) sont d'une aide précieuse[7]. Il s'agit notamment, selon ces auteurs, de ne pas considérer le *sexe* comme une variable indépendante expliquant en soi des différences de comportements. Dès lors qu'on s'intéresse à la question du genre, ces différences deviennent intelligibles et traduisent des expressions singulières d'un même processus suicidaire. Pour autant, il convient de distinguer ici deux dimensions par lesquelles le genre est susceptible d'expliquer les différences constatées : les médiations culturelles et les causes objectives de la vulnérabilité suicidaire.

Des facteurs culturels liés au genre : l'hypothèse d'une médiation culturelle

Une proposition formulée dans les années 1990 apporte des éléments d'explication à la différence constatée dans la distribution selon le sexe dans les conduites suicidaires. Le suicide « abouti » serait culturellement moins accepté pour les femmes et ces dernières emploieraient des moyens en accord avec les apprentissages sociaux liés à leur genre. Canetto suggère en effet que les représentations attachées à la féminité et à la masculinité affecteraient les conduites et la façon dont la société les perçoit. C'est la thèse dite du *paradoxe de genre*, introduite par Sylvia Canetto et Sakinofsky (1998) :

> « *An important influence on the gender paradox may be cultural expectations about gender and suicidal behavior. Evidence from the United States suggests that the gender paradox may be prominent in localities or cultural communities where different suicidal behaviors are expected of females and males. These divergent expectations may affect the choices of both women and men, once suicide becomes a possibility, as well as the interpretations of those who are charged with determining whether a particular*

[7] Selon ces auteurs, une perspective « féministe » engage la recherche sur le suicide *1)* à étudier la conduite des femmes sans nécessairement la rapporter à celle des hommes ; *2)* à considérer que les différences entre femmes sont aussi notables, sinon plus importantes, que les différences entre hommes et femmes ; *3)* à traiter des problématiques suicidaires chez les hommes et les femmes conjointement ; *4)* à considérer une asymétrie d'intérêt et de pouvoir dans les arrangements entre sexes ; et *5)* à ne pas essentialiser les catégories de *genre*.

> *behavior is suicidal (e.g., coroners and clinicians). Cultural expectations about gender and suicidal behavior function as scripts; individuals refer to these scripts as a model for their suicidal behavior, and to make sense of others' suicidal behavior.* » (Canetto & Sakinofsky, 1998 : 19-20)

À ce titre, selon Canetto, les cultures véhiculant une image du suicide féminin comme une conduite « normale » seraient caractérisées par des taux de suicide féminins importants :

> « *A theoretical perspective consistent with the cross-cultural data reviewed in this article is that suicidal behavior is socially scripted and socially regulated in all cultures of the world, including the cultures of Western industrialized countries. In other words, the cross-cultural data support the proposition that in every community and nation, in the U.S. as in China, there are cultural scripts of suicidal behavior, that is, collective, implicit beliefs about the meaning and permissibility of suicidal behavior. These scripts likely influence individual suicidal behavior, including when suicidal behavior becomes a possibility as well as the forms it takes. Individuals draw on these cultural scripts in determining their course of action and in giving their suicidal act public significance and legitimacy. Cultural scripts also guide communities' interpretations and responses to the suicidal behavior (Canetto, 1997a, 1997b; Canetto & Lester, 1998).* » (Canetto, 2008 : 164)

Et, en effet, la différence de distribution selon le sexe varie de façon importante selon l'aire géographique considérée. Le suicide masculin est seulement 1,6 fois plus élevé que le suicide féminin dans les pays d'Asie du Sud-Est, tandis qu'il est 3,6 fois plus élevé dans les pays d'Amérique et 4,1 fois plus élevé en Europe (World Health Organization, 2014). La Chine, en la matière, constitue une exception mondiale remarquable, puisqu'elle présente des taux de suicide féminins plus élevés que les taux masculins. Andriolo (1998) souligne que, dans des aires géographiques comme la Chine et l'Inde, le suicide féminin est culturellement valorisé dans certaines conditions particulières[8].

Au contraire de l'Asie, Canetto suggère que les tentatives de suicide sont considérées comme plus appropriées pour les femmes en Amérique du Nord et en Europe. Le suicide féminin « abouti » y serait considéré comme une conduite anormale et symptomatique d'un « manque de féminité et d'aspirations masculines non naturelles » (Sylvia Canetto, 2008). La représentation culturelle du suicide conditionnerait alors l'attitude même des individus face au suicide, et le résultat des conduites suicidaires (le décès ou la survie) ne serait pas simplement

[8] On retrouve cette valorisation dans la Rome Antique et dans les premières sociétés chrétiennes. Cette valorisation de certaines formes de suicide bénéficierait par ailleurs à une tierce partie au sein du groupe, essentiellement les hommes : « *Underneath the awesome appearance of their voluntary deaths, men gather the social and spiritual benefits of women's sacrifices.* » (Andriolo, 1998): 48)

dépendant de l'intention de leur auteur. Pour le dire autrement, la mise en œuvre d'une conduite suicidaire serait culturellement conditionnée, de sorte que la permissivité d'une société à l'égard du suicide favoriserait ou non, selon le sexe, l'adoption d'un comportement orienté vers la radicalité (la mort) ou non.

En la matière, les normes de genre pourraient avoir comme conséquence un recours différencié aux méthodes de suicide : les individus mobiliseraient des références culturelles qui guident leur conduite, usant davantage de moyens létaux lorsque ceux-ci sont attachés à leur genre (par exemple : méthodes violentes pour les hommes, méthodes ne portant pas atteinte à l'image du corps pour les femmes). L'analyse réalisée à partir de la base de données expérimentale Amphi – « Analyse de la mortalité post-hospitalisation recherche d'indicateurs par établissement » –, montre que , parmi les moyens utilisés lors d'une première tentative, ceux généralement considérés comme violents et associés au suicide – comme la pendaison, l'utilisation d'une arme à feu, mais aussi l'ingestion de pesticide (qui ne représente pas une grande part des suicides) – augmentent le risque de décès par suicide dans une tentative ultérieure à un an. La gravité des blessures auto-infligées, évaluée par leurs conséquences médicales (soins intensifs et réanimation), aggrave également ces risques. Au contraire, les intoxications par sédatifs, analgésiques ou autres médicaments – soit la grande majorité des tentatives de suicide prises en charge par les services de soin – n'entrainent pas plus de risque de décès à un an.

L'usage plus fréquent de l'intoxication médicamenteuse chez les femmes pourrait alors expliquer en partie la sous-représentation de celles-ci dans le suicide (Batt, *et al.*, 2007; Canetto & Sakinofsky, 1998; Mendez-Bustos, Lopez-Castroman, Baca-García, & Ceverino, 2013). Les femmes décèderaient moins, notamment, parce qu'elles usent moins fréquemment de certaines méthodes comme la pendaison (37% des femmes contre 58% des hommes) (Observatoire National du Suicide, 2014). Si l'intoxication par médicaments représente environ 82% des tentatives de suicide tous sexes confondus, 66,6% des personnes intoxiquées par médicaments sont des femmes. À l'inverse, les hommes représentent 86,1% des tentatives de suicide par usage d'arme à feu et 74,5% des tentatives de pendaisons (Chan Chee & Jezewski-Serra, 2014).

*

La différence de sexe dans les suicides et dans les tentatives de suicide pourrait ainsi résulter de représentations culturelles occidentales attachées à la féminité et à la masculinité.

Ces représentations entraineraient *1)* une posture féminine généralement différente (moins radicale) vis-à-vis du geste suicidaire, et *2)* des choix différenciés en matière de méthodes : ces deux dimensions n'étant pas indépendantes. Il s'agirait là d'apprentissages sociaux, intériorisés, qui modifient l'expression du geste suicidaire[9]. Mais cet usage du concept de genre est, en l'état, incomplet.

Des causes objectives différentes selon le sexe ?

L'explication que nous venons de synthétiser suggère que la moindre mortalité des femmes est liée à l'intériorisation de représentations culturelles enjoignant à l'usage de méthodes moins létales et à une moindre radicalité dans le geste. En ce sens, le genre est considéré comme un *attribut de l'acteur*, intériorisé au cours de sa socialisation. Toutefois, il ne faudrait pas perdre de vue que des causes objectives constituent la problématique suicidaire elle-même. Or le genre, en tant que *système* d'obligations et de droits prescrits dans les *relations* entre des personnes (Théry, 2007), affecte les causes objectives qui favorisent la *vulnérabilité suicidaire elle-même, et non pas simplement les modalités de son expression*. Reprenons le cas de l'Asie, qui nous éclairera sur cette distinction entre, d'une part, les médiations culturelles liées aux genres (*cultural scripts*, représentations culturelles) et, d'autre part, les causes objectives liées au genre.

Comme on l'a dit, l'importance du suicide en Asie semble redevable de représentations sociales différentes selon le genre : le suicide est davantage accepté pour les personnes de *genre* féminin qu'il ne l'est en Europe. Cependant, l'effet du genre tient également aux différences d'aspirations et de ressources qu'il impose aux individus. Or, c'est le statut social de la femme jeune et ses conséquences qui paraissent affecter si notablement les taux de suicide féminins asiatiques. En effet, le faible rapport homme/femme dans les taux de suicide, qui caractérise la région du Pacifique-Ouest, s'explique par l'importance du suicide *des femmes jeunes*. Or, *l'entrée dans la vie conjugale au sein de sociétés virilocales pour ces jeunes femmes constitue un facteur extrêmement déstructurant* (Baudelot & Establet, 2006; Establet, 2012; Mendez-Bustos *et al.*, 2013).

[9] On verra, dans le cours de cette thèse, que d'autres médiations culturelles peuvent jouer, notamment le recours médical, qui n'est pas sans effet sur les conséquences d'une crise suicidaire.

Parce que l'on s'attache souvent aux faibles taux de suicide des femmes occidentales et à la forte intégration domestique induite par la maternité, on a tendance à associer naturellement la légitimité de l'espace domestique à une *protection* face au suicide. Or, la surreprésentation des femmes dans le suicide en Chine s'explique, elle, par des conflits intrafamiliaux extrêmement violents, lors de l'entrée dans la vie conjugale : leur relégation au domaine privé et domestique ne constitue pas ici un facteur de protection. Pearson et Liu (2011) montrent, dans une étude ethnographique réalisée au sein d'un village chinois, que le suicide des femmes se comprend comme une réaction motivée par la colère et le ressentiment face à une condition dominée. Les femmes aux prises avec les pressions de la contrainte maritale et de la belle famille, isolées de leur famille d'origine et ne parvenant pas à assumer des attentes extrêmement fortes et coercitives à leur endroit, trouveraient dans le suicide une échappatoire désespérée.

La condition des femmes chinoises (et indiennes) jeunes de milieu rural les place ainsi dans une situation de contrainte importante vis-à-vis de leur mari et de sa parenté. L'entrée dans la vie conjugale implique pour elles un éloignement à l'égard des solidarités de leur communauté d'appartenance, ainsi qu'une pression à la maternité. C'est la situation sociale et économique de ces femmes qui structure la conduite suicidaire : *la conjugalité signifie ici une condition dominée, violente, désintégratrice, voire une impossible légitimité dans un rôle d'épouse ou de mère*. Les normes de genre contribuent ici à un complet enfermement, face auquel ces femmes ne trouvent aucune alternative. Lyons Johnson (1981) a montré des éléments similaires concernant le suicide des femmes en Papouasie-Nouvelle-Guinée[10].

Si des médiations culturelles semblent bel et bien aggraver la suicidalité des femmes dans les pays d'Asie[11], elles ne sauraient créer les tensions qui ont amené à leur volonté d'en finir. Il semble ainsi nécessaire de distinguer les causes objectives (liées aux positions des

[10]Dans ce cas, les conduites suicidaires peuvent se comprendre comme une manière de conjurer la déviance d'un mari ne souscrivant plus aux exigences de son statut. Placées dans une position dominée, voire violente, ces femmes seraient lésées par un mari qui, tout en restant dominant, n'assume plus ses obligations. Le suicide est alors une option culturellement conforme (médiation culturelle) et qui vise à conjurer la transgression du mari, dans un contexte où le groupe d'appartenance n'est pas intervenu pour proposer une solution satisfaisante. La conduite suicidaire est ici autant une revanche face à l'injustice qu'une manière de dénoncer publiquement les fautes de chacun :

> *« En résumé, le suicide féminin peut être compris comme la conséquence d'un système genré qui requiert des individus masculins une certaine domination sur le féminin, mais qui offre en retour aux femmes une assurance de protection de la part des hommes. Quand les femmes tiennent leur part de ce marché genré, mais que les hommes manquent à leurs obligations, le suicide devient une réponse possible et légitime, collectivement comprise. Il permettra à la femme de s'extraire rapidement d'une situation intolérable et opèrera une dernière revanche sur les fautes du mari. »* (Lyons Johnson, 1981 : 333).

[11]À travers la signification partagée de l'événement, ces femmes retrouveraient une forme de pouvoir post-mortem au sein des relations du groupe.

acteurs, à leurs ressources et à leurs objectifs) qui affectent la vulnérabilité des populations – et qui peuvent varier selon l'époque et la société –, des médiations culturelles – qui sanctionnent la permissivité de la conduite et ses modalités d'expression. La thèse culturaliste développée par Canetto permet d'expliquer la légitimité du suicide et de ses procédés, en Asie comme en Europe ou en Amérique du Nord. Si elle n'ignore rien des difficultés liées à l'entrée dans la vie conjugale pour les jeunes femmes asiatiques, elle en dit peu sur les facteurs objectifs affectant la suicidalité des femmes dans les pays occidentaux. Nous en proposerons une analyse dans les prochains chapitres.

Résumé

Nous proposons ici de traiter suicides et tentatives de suicide d'un même mouvement. Il ne s'agira pas de considérer que ces deux conduites recouvrent des réalités *identiques*, mais nous pensons qu'elles ne peuvent pas être considérées comme des phénomènes entièrement distincts relevant de logiques étrangères. Les relations entre suicide et tentative de suicide montrent des recouvrements non négligeables entre les populations concernées, une tendance commune à la diminution globale des taux enregistrés et à leur resserrement dans le milieu de vie depuis le début des années 1990. L'existence de médiations culturelles suggère que des expressions différenciées selon le genre affectent la distribution sexuée des suicides et des tentatives de suicide, même si la différence de sexe dans les conduites suicidaires ne se réduit pas à une question de représentations culturelles, mais également à l'existence de facteurs sociaux indexés sur le genre qu'il convient d'analyser en propre.

Ces éléments permettent, à notre sens, d'envisager la comparaison de ces deux conduites au regard des facteurs qui les affectent. Or, ici, nous proposons qu'un même enjeu lie intimement ces deux conduites. Afin de mieux saisir cet enjeu, nous étudierons certaines évolutions de la suicidalité dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle à partir des données chiffrées disponibles sur le sujet. Il s'agira de mieux caractériser ces conduites, leurs expressions singulières, les facteurs susceptibles de les affecter, et d'interroger la place de l'individualisation dans les évolutions du phénomène suicidaire.

.

1.2 L'individualisation du suicide : les pistes d'analyse et leurs limites

Pour aborder les conduites suicidaires, nous avons choisi de revenir en premier lieu sur l'étude du *suicide* masculin, pour lequel nous disposons d'analyses riches et variées sur des périodes longues. Il s'agira ici de saisir les évolutions au XX^{ème} siècle, et notamment celles antérieures au resserrement des taux dans le milieu de vie. La perspective historique permet ici de décrire *une recomposition du lien social et des normes au cours du XX^{ème} siècle, et de mettre en exergue l'importance nouvelle de la réalisation de soi dans la participation sociale des acteurs* (1.2.1). Les transformations du suicide que nous décrirons traduisent alors une modification profonde de l'organisation sociale et économique, une certaine incertitude et une dégradation des statuts de l'emploi, à l'issue des Trente Glorieuses. Sans proposer une démonstration décisive, nous suggèrerons qu'un processus d'individualisation structure ces transformations. *La promotion de l'autonomie, de la performance et de la responsabilité pourrait bien constituer, ici, un facteur culturel de changement, modifiant qualitativement le rapport au travail et la structure des rapports de domination et, par suite, les tensions qui structurent le suicide contemporain* (1.2.2).

L'étude des facteurs familiaux devrait permettre d'interroger sous un angle différent ce processus d'individualisation (1.2.3). En effet, l'individualisation des rapports familiaux constitue un processus qui a suscité de nombreux débats dans le dernier quart du XX^{ème} siècle, notamment à l'occasion des mouvements d'émancipation des femmes et de l'acquisition de certains droits civiques fondamentaux. À cet égard, la promotion de l'autonomie et de l'indépendance des femmes a suscité des changements culturels profonds dans les modèles familiaux. L'analyse de cette dimension permettra de dégager des pistes de travail cohérentes concernant la stabilisation des taux dans les années 1990 et la cristallisation des difficultés dans les âges du milieu de vie. Si nos développements restent fragiles, un faisceau d'indices et d'analyses permet néanmoins une interprétation cohérente, que nous tenterons d'établir plus solidement dans l'analyse des tentatives de suicide et de la suicidalité féminine dans le prochain chapitre (1.3).

1.2.1 Les évolutions du suicide au XX^{ème} siècle : l'accomplissement personnel et la réalisation de soi

Dans une perspective durkheimienne, nous l'avons dit, l'explication du suicide est fondée sur la rupture du lien social. Les conduites suicidaires sont généralement envisagées

comme un moment de rupture dans une situation de tensions ou de pressions insupportables dans laquelle l'acteur se place – ou est placé – hors du devenir commun d'une société. Pour reprendre les formules éclairantes proposées par Serge Paugam (2014), le lien social est constitué *1)* d'une dimension de *soutien* matériel, culturel, affectif, sur lequel les individus peuvent « compter » – « compter sur », soit la densité et l'intensité des relations. Il est également constitué *2)* d'une dimension de *reconnaissance* permettant aux individus de faire valoir leur position, leurs compétences, leur habileté – « compter pour », soit la valeur et la légitimité des statuts attachés aux individus[12]. Le plus souvent, les études sur le suicide tentent de saisir comment certains (dys)fonctionnements des liens sociaux, soit des transformations rapides tant relationnelles que normatives, entrainent des variations significatives de la propension au suicide dans un espace géographique, culturel et politique donné.

Dans son analyse du suicide, Durkheim (2007) a mis au cœur de l'analyse des sociétés modernes la place de l'individu et l'importance de la différenciation sociale. Pour lui, la différenciation des fonctions sociales et des tâches entraine un effacement progressif des attaches communautaires et traditionnelles. L'individu pourrait alors acquérir une sphère d'action qui lui est propre. *Comment, dès lors, l'intégration sociale est-elle possible alors que l'individu tend à se désolidariser des socles collectifs qui constituent la vie en société ?* En faisant de l'égoïsme et de l'anomie les deux tendances de fonds de la suicidalité moderne, Durkheim souligne la crainte que fait peser l'individualisme sur le devenir du lien social. En effet, le délitement des solidarités et des normes sociales laisse présager une dissolution de ce lien, dont la montée inexorable du suicide est l'indicateur. Si le suicide est une conduite normale, sa montée continue au cours du XIX^{ème} siècle serait le signe d'une pathologie du lien social et du rapport à la règle, repérable dans le suicide égoïste (désolidarisation des groupes) et anomique (inefficience des codes en vigueur présidant à l'ordre des relations).

Mais, en même temps qu'il craint l'individualisme et en dénonce les dérives, Durkheim le considère comme un nouveau cadre de la modernité. C'est en ce sens, notamment, que

[12] Ce lien social, considéré ici dans sa double dimension d'affiliation (intégration) et de participation (régulation), peut se décomposer en divers rapports fondamentaux : le rapport à la famille, soit la filiation ascendante et descendante ; les rapports d'affinités électives, dont la conjugalité ou l'amitié sont les premiers représentants ; le rapport à la participation « organique », soit la manière dont les apprentissages scolaires et professionnels offrent aux individus une position leur permettant matériellement de vivre et d'occuper un statut plus ou moins valorisé dans l'organisation productive d'une société ; dans le rapport de participation citoyenne, soit la manière dont les individus disposent de droits civils, politiques et sociaux les intégrant à un système social de droits et de valeurs.

Durkheim investit la question des groupements professionnels, de la famille ou de l'éducation, afin de penser les fondements d'un nouveau lien social correspondant à la morphologie nouvelle d'une société complexe et différenciée, ne reposant plus sur des fondements traditionnels :

> « *L'intérêt de Durkheim pour l'éducation doit être restitué tout autant dans la descendance des Lumières qu'au travers de son inquiétude sur l'intégration de la société. La conception qu'il a de l'éducation procède d'une conception sociale spécifique du progrès, à savoir la foi dans la réalisation et la libération personnelles grâce à l'acquisition du savoir, mais chez lui le postulat de la libération par l'éducation est subordonné aux besoins de l'intégration sociale. C'est pourquoi il s'agit avant tout de transmettre un esprit plutôt qu'un ensemble de connaissances directement utiles en termes professionnels. L'essentiel étant de produire un éthos propre à une société différenciée, la discipline scolaire, en tant que système de contraintes est aussi, sinon plus importante, que les savoirs à transmettre.* » (Martuccelli, 1999 : 55)

Ce qu'il faut retenir ici, c'est bien que l'individualisme chez Durkheim est une nécessité de la morphologie sociale des sociétés à solidarité organique, dont les fonctions sont différenciées ; nécessité qu'il s'agit de réguler, notamment par la discipline et la socialisation républicaine, sans quoi les désirs deviendraient illimités et déstructureraient le lien social :

> « *Selon Durkheim, c'est la science elle-même qui nous explique pourquoi un certain type social rend nécessaire l'individualisme. L'autonomie de la volonté et la marge de décision individuelle sont caractéristiques de la solidarité organique.* […] *Dans la société moderne, les individus ne sont plus interchangeables et chacun peut réaliser sa vocation propre. Il n'en est pas moins nécessaire qu'il y ait des croyances communes, ne serait-ce que celle du respect absolu de la personne humaine, pour maintenir la coexistence pacifique de ces individus différenciés. Il importe donc de donner un contenu assez large et une autorité suffisante à la conscience collective, dans une société où l'individualisme est devenu une loi suprême.* » (Aron, 1982 : 374)

Le diagnostic de Durkheim concernant le suicide est à repenser, justement, en considérant l'individualisme comme un nouveau cadre normatif, recomposant le lien social plutôt que le détruisant. Ce n'est pas à un délitement du lien social qu'on assiste, mais à une transformation en profondeur des valeurs associées à la modernité et aux fondements constitutifs de la participation économique et sociale. L'évolution générale du suicide décrit cette transformation dont il s'agit maintenant de dessiner les grandes lignes.

La réalisation de soi et le suicide

Au XIX^{ème} siècle, les aires les plus industrialisées sont fortement touchées par le suicide. L'industrialisation traduit alors la condition précaire des travailleurs issus du monde rural. Un désajustement entre, d'une part, un ensemble de valeurs imprégnées du monde paysan, des solidarités traditionnelles issues des communautés rurales, et, d'autre part, le fonctionnement moderne des villes et de l'industrie, entraine des tensions importantes dans les aires urbaines :

> « *Au XIXe siècle, urbanisation et industrialisation se développent dans un univers fondamentalement pénétré de valeurs paysannes. L'urbain est un déraciné; sur le quai de la gare Montparnasse, le Breton perd sa foi et un peu de son identité (l'image est de Gabriel Le Bras).* » (Baudelot & Establet, 1984 : 65)

Ce capitalisme industriel du XIX^{ème} siècle, qui déstructure les solidarités traditionnelles, se traduit par l'absence d'une protection sociale forte et par la croissance des taux de suicide. Baudelot et Establet (2006) montrent des phénomènes similaires en URSS ou en Inde au cours du XX^{ème} siècle, dans des périodes également marquées par l'industrialisation.

Le développement économique, à l'époque durkheimienne, illustre ainsi la mesure de la recomposition progressive, par l'exploitation sans condition des journaliers, de la cohésion sociale fondée jusqu'alors par des institutions plus traditionnelles : l'urbain, déraciné, est logiquement le plus touché, et les taux de suicide se concentrent dès lors dans les grandes villes.

*

Un retournement s'est opéré depuis lors, dans les statistiques du suicide, entre les campagnes et les centres urbains (Baudelot & Establet, 1984). En effet, l'organisation sociale s'est transformée au cours du XX^{ème} siècle : les tensions auxquelles les individus doivent faire face se sont déplacées. Le paysan s'adapte moins rapidement aux transformations de l'organisation sociale et de ses valeurs, son tissu relationnel s'étiole, ses possibilités d'entrée dans le marché matrimonial sont diminuées et ses valeurs sont marginalisées :

> « *Au XXe siècle, surtout après 1945, c'est une civilisation urbaine qui s'organise autour du foyer, confortable et équipé, des formes modernes de loisir comme le cinéma, puis la télévision, et des départs en vacances. Alors, le paysan empaysanné devient un marginal; non seulement il ne part pas en vacances, mais il éprouve aussi les plus grandes difficultés à se marier; les villageoises quittent la campagne pour rallier les valeurs dominantes de la civilisation; de nombreux paysans sont condamnés au célibat. Être*

> *intégré ne signifie donc pas seulement être relié à ses semblables, mais surtout participer activement à ce qui, dans une société donnée, constitue le foyer de la vie sociale.* » (Baudelot & Establet, 1984 : 65)

Le suicide, dont les taux étaient au plus hauts dans les grands centres urbains, devient progressivement une affaire rurale.

C'est bien la question des transformations du lien social et des normes qui se joue alors. Il n'y a pas là un *déclin* des appartenances de groupes et un *effondrement* des normes, mais une *restructuration* de l'organisation et de la légitimité des positions de chacun. La société, à l'époque de Durkheim, est travaillée par la valorisation de l'individu *universel*, du progrès de la raison, de l'éducation, de l'industrie et de la science, qui deviennent des institutions centrales des sociétés démocratiques fondées sur la philosophie kantienne, rousseauiste et les Lumières, sacralisant l'individu et ses droits (Le Bart, 2008). Le mode privilégié de relation se transforme et se stabilise dans un modèle social et politique nouveau.

Si les taux de suicide masculins ne cessent de croître jusqu'au début du XX^{ème} siècle, ils diminuent au cours de la Première Guerre mondiale – les périodes de guerre font historiquement chuter le suicide. Puis une période de relative stabilité, marquée par un taux de suicide relativement fort (mais moins important qu'à la fin du XIX^{ème} siècle), s'observe dans l'entre-deux-guerres : la crise des années 1930 fait cependant monter temporairement le suicide (Chesnais, 1976, 1981). La Seconde Guerre mondiale fait à nouveau chuter les taux. Au contraire du constat alarmiste de Durkheim, la modernité a progressivement construit les moyens de résoudre certaines tensions de son propre développement. Les individus doivent moins compter sur les solidarités traditionnelles et communautaires, certes ; mais ils ne comptent pas pour autant seulement sur eux-mêmes, dans un cadre où les jalons successifs d'une protection collective face aux risques – fondés sur le travail et dont l'État est le garant – se mettent en place (Castel, 2009) :

> « *Cette construction a permis de dépasser les apories de la première « modernité libérale restreinte » des débuts du capitalisme industriel, fondée sur la prééminence du contrat et la domination des notables et propriétaires qui peuvent seuls jouer le rôle de la citoyenneté parce qu'ils sont supportés par la solidité de leur statut social.* » (Castel, 2009 : 21)

Si l'individu, sa liberté et sa capacité d'autodétermination, demeure bien une valeur centrale des sociétés industrielles, le suicide ne traduit pas ici la déstructuration progressive du

lien social. Le cas des Trente Glorieuses est, à ce titre, exemplaire. Au cours de cette période, la croissance importante de nombreux pays, orchestrée par l'État, entraine une stabilité nouvelle du suicide (Baudelot & Establet, 2006). L'importance croissante de la réalisation personnelle dans le travail pourrait bien constituer ici la source de la stabilisation des taux de suicide au cours de cette période prospère et durable qui a suivi la Seconde Guerre mondiale.

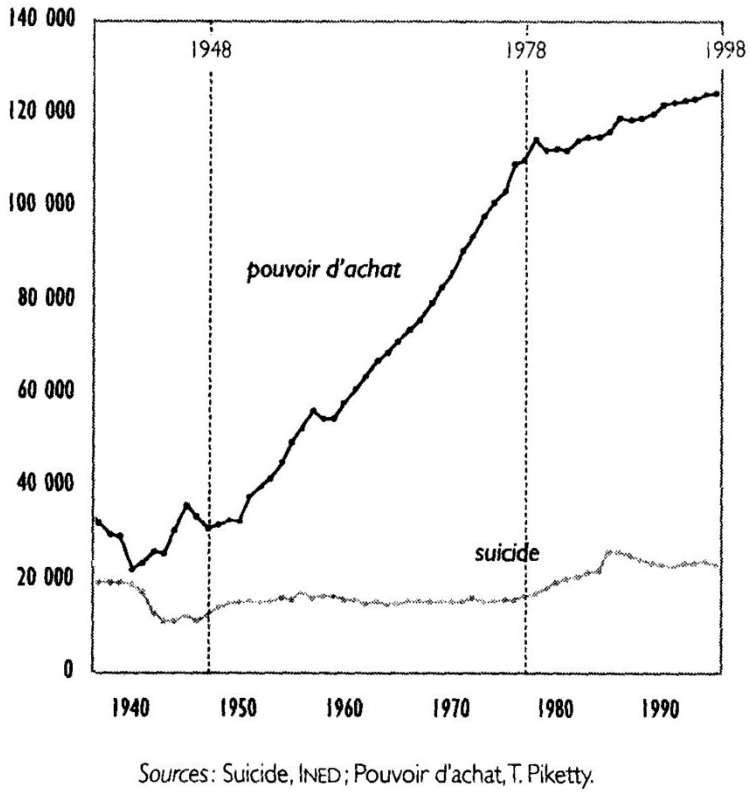
En effet, durant les Trente Glorieuses, l'importance de la réalisation de soi rencontre un contexte économique durablement stable (plein emploi, croissance économique et démographique soutenue). Baudelot et Establet (2006) parlent ici d'individualisme créatif :

> « *Le travail cesse d'être considéré comme un simple gagne-pain pour devenir un moyen de se réaliser, une source d'épanouissement personnel. Un bon travail est celui qui permet à une personnalité de s'affirmer et à celles et ceux qui l'exercent de créer, d'innover, voire de « s'éclater ». Lorsque les conditions s'y prêtent, le travail devient même pour l'individu une source de bonheur. […] Dans les sociétés où le développement s'effectue dans une logique plus prévisible, les acteurs peuvent y inscrire leurs stratégies personnelles : la progression de la richesse ne se traduit plus alors par une hausse inévitable et continue des taux de suicide*. » (Baudelot & Establet, 2006 : 99 et 105)

La réalisation de soi tendrait alors à constituer une composante structurante nouvelle, dans un contexte de prospérité. Les travaux de Ronald Inglehart (1993) suggèrent, à ce titre, que la prospérité économique qui a suivi la fin de la Seconde Guerre mondiale s'est accompagnée d'un certain détachement des nécessités primaires de l'existence, conduisant à la revendication de libertés nouvelles. Il s'agirait là d'un processus dynamique décrivant une transformation partielle des valeurs et des normes légitimes, dans un contexte économiquement favorable.

Le rapport entre le pouvoir d'achat et l'évolution des taux de suicide indique bien une certaine stabilité du suicide dans le même temps que les conditions d'existences s'améliorent (Baudelot & Establet, 2006).

Figure 5: Évolution du suicide et du pouvoir d'achat



Source : Reproduction partielle du graphique présenté par Baudelot et Establet, 2006

Baudelot et Establet montrent également cette relation dans l'entre-deux-guerres, bien que cette période, plus instable, soit plus délicate à analyser. Entre 1920 et 1939, lorsque le pouvoir d'achat augmente, le suicide *stagne* et n'augmente pas ; ces analyses se retrouvent dans la relation entre pouvoir d'achat et suicide au Royaume-Uni notamment.

*

La valorisation de l'individu, l'importance de l'accomplissement de soi, n'entrainent pas ici un effritement du lien social ou des régulations sociales dont les évolutions du taux de suicide seraient le baromètre. Le paysage suicidaire, cependant, se transforme en raison des transformations sociales et économiques. L'uniformisation des taux de suicide selon l'âge constitue la conséquence de ce déplacement de tensions. Cette transformation de la distribution du suicide masculin selon l'âge est tributaire *à la fois* de cette période de prospérité économique au cours des Trente Glorieuses et *à la fois* de la rupture économique et sociale qui en marque la fin. Elle traduit les principales lignes de recomposition du lien social, à savoir les difficultés nouvelles qui affectent la population de moins de cinquante ans.

La difficile projection de soi au sortir des Trente Glorieuses : l'uniformisation des taux de suicide selon l'âge

*Excepté pour les classes d'âge après 75 ans, des transformations liées aux statuts des âges ont affecté les taux de suicide en France et en Europe durant la seconde moitié du XX*ème *siècle.* Chauvel (1997) a parlé, à ce propos, d'une « uniformisation des taux de suicide masculins » selon l'âge, phénomène dont les prémisses ont été très tôt analysées par Chesnais (1981). Il s'agit de la diminution des taux de suicide chez les personnes âgées entre 50 et 75 ans, relativement aux taux de suicide avant 50 ans. Chauvel suggère ici un effet de recomposition des statuts des âges sur l'ensemble du XXème siècle.

D'abord, la diminution relative des taux de suicide des plus âgés après la Seconde Guerre mondiale correspond à une amélioration des conditions de vie de la vieillesse. Les chiffres récents analysés par la DREES (Observatoire National du Suicide, 2016) confirment une diminution des taux de suicide des 50-75 ans, relativement à ceux des 15-50 ans, en France, sur l'ensemble de la période allant de 1950 à 2012. Une amélioration des conditions de vie à l'âge de la retraite se serait opérée, davantage visible après 65 ans et jusqu'à 75 ans. Selon Chauvel (1997) pour les cohortes d'individus nés *avant* 1920, « *la vieillesse et la retraite*

impliquaient un fort risque de pauvreté et de marginalité économique et sociale » (Chauvel, 1997 : 702), notamment du fait de l'absence de pensions (soit qu'elles étaient inexistantes, soit incomplètes dans l'immédiat après-Seconde Guerre mondiale), de l'importance du célibat et de la désolidarisation des attaches familiales en milieu rural.

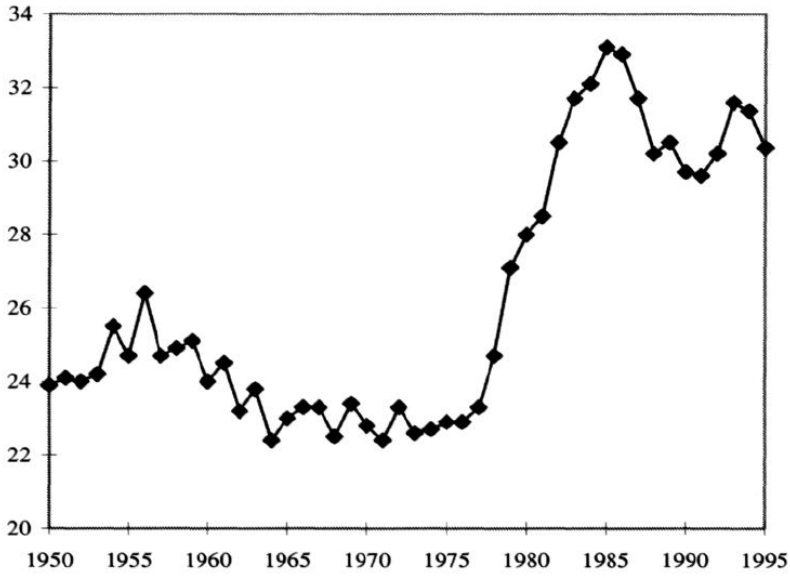
Pour les générations nées *après* 1920, la période des Trente Glorieuses correspond à une expansion économique importante, également favorable à la jeunesse, un État social fort, et la possibilité de vivre une retraite plus confortable (et plus tôt qu'auparavant) dans les années 1980, à un moment où le statut d'actif, quant à lui, se dégrade (*voir la suite*). *L'évolution du suicide des plus âgés au cours du XX*ème *siècle se comprendrait alors comme un fait social circonstanciel*[13] *:* d'une part, « *les Trente Glorieuses sont favorables à ceux en âge d'en saisir les opportunités* […] » (Chauvel, 1997 : 699) et, d'autre part, l'amélioration des conditions de vie des personnes plus âgées leur permet de mieux résister aux chocs qui s'annoncent dans le dernier quart du XXème siècle.

La fin des Trente Glorieuses marque la fin de cette harmonie précaire et exceptionnelle entre aspirations sociales et opportunités, permettant de contenir les taux de suicide. Au cours des années 1970, à la suite des chocs pétroliers et de l'apparition d'un chômage de masse dans les pays industrialisés, une hausse nouvelle du suicide apparait. Ici, les taux de suicide des hommes entre 15 et 50 ans augmentent davantage que les taux des personnes plus âgées, et les taux des personnes dans le milieu de vie dépassent, pour la première fois, ceux des personnes autour de 60 ans. Les indicateurs économiques et démographiques sont alors fortement associés à l'évolution des taux de suicide masculins :

[13]Un point important de l'analyse réalisée par Louis Chauvel (1997) concerne la critique de l'interprétation culturaliste. En effet, celle-ci considère que des transformations culturelles affectent les individus par cohortes de naissance, soit tout au long de leur vie, quel que soit l'âge. Ceci permet, d'une part, d'expliquer la « sous-suicidité » des générations de l'entre-deux-guerres par un traumatisme collectif (le vécu, durant l'enfance, des privations) et, d'autre part, d'expliquer la sur-suicidité des générations nées après-guerre par l'anomie économique et familiale (grandes transformations des valeurs associées au travail et à la famille dont on parlera ultérieurement). Selon cette interprétation, c'est essentiellement un effet de génération qui permet d'expliquer les variations du suicide au cours du XXème siècle, par les transformations culturelles affectant des groupes de cohortes tout au long de leur cycle de vie. Or, si le modèle statistique correspondant à cette interprétation est statistiquement satisfaisant, il pose des problèmes épistémologiques d'envergure. Notamment, il présente des incohérences internes. En effet, Chauvel note que les générations 1930 présentent une propension moindre au suicide alors même que des situations comparables ont été vécues par les générations antérieures : le traumatisme de la guerre qu'ils ont vécu dans l'adolescence a également été vécu par les générations de 1900 et 1910, qui présentent pourtant une propension élevée au suicide. De plus, il mobilise des explications différentes à chaque période considérée (le traumatisme de la guerre pour les générations de l'entre-deux-guerres ; l'anomie pour les générations les plus récentes).

« *Les corrélations sont généralement supérieures à 0,8 mais elles sont d'autant plus fortes que ces indicateurs mettent en évidence une tendance globale assez claire sur la période 1975-1995 : élévation globale du taux de chômage des jeunes, de l'âge au premier mariage, de la délinquance, baisse de l'optimisme des ménages, du taux de croissance du revenu disponible, de la primo-nuptialité...* » (Chauvel, 1997 : 686)

Figure 7: Évolution du suicide masculin entre 1950 et 1995

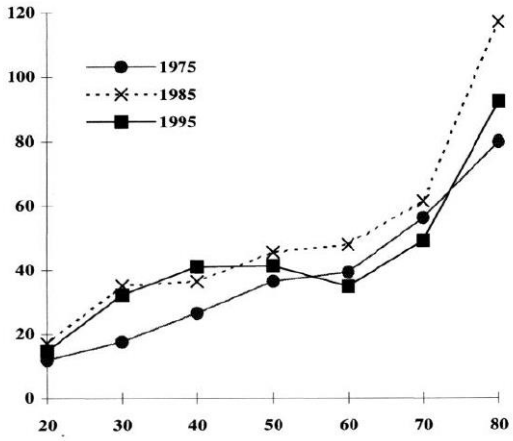


Source : Surault (1995), complété avec INSERM (1991-1995) [1994-1995 : données provisoires].

Source: Chauvel, 1997 : 685

Figure 6: Profil du taux de suicide par âge décennal (1975-1995) en suicides (pour 100 000)

GRAPHIQUE I. – ***Profil du taux de suicide par âge décennal (1975-1995) en suicides (pour 100 000)***



Source : Surault (1995) pour les taux 1975 et 1985 ; complété par INSERM (provisoire 1995) pour les nombres de suicidés en 1995, et INSEE (1996d, pp. 32-34) pour la pyramide des âges.
Note : Chaque point représente le taux moyen de suicide de la classe d'âge décennale qui l'entoure : à l'abscisse 20, par exemple, correspond le taux des 15 à 24 ans.

Source : Chauvel, 1997 : 683

Il y aurait ici, selon Chauvel (1997), un effet de *recomposition du cycle de vie*[14]. Si les conditions de vie de la vieillesse et de la jeunesse se sont améliorées au sortir de la guerre, le statut des âges plus jeunes se dégrade à la fin des Trente Glorieuses, traduisant la difficulté des jeunes à s'insérer et à se maintenir dans un marché du travail dégradé à partir des années 1970. Naitre entre 1941 et 1945 signifie *1)* une introduction sur le marché du travail plus aisée pour les jeunes au cours des années 1960, et *2)* plus d'expérience au moment des crises des années 1970. Au contraire, les générations nées après 1945 doivent s'insérer sans expérience dans un marché de l'emploi qui se dégrade. Chauvel montre que le cas américain et le cas français décrivent des tendances similaires, même si cette uniformisation se traduit de manière singulière selon l'organisation économique des pays (Baudelot & Establet, 2006; Chauvel, 1997), suivant le système de formation et le marché du travail.

À la fin des Trente Glorieuses, le projet de vie s'avère donc plus incertain pour la nouvelle génération qui entre dans un rapport au travail altérant les possibilités d'accomplissement :

> *« Pour le chômeur, comme pour tous, la projection de soi dans l'avenir s'avère plus difficile, notamment parce que la dynamique de notre temps n'est pas aussi lisible que celle d'hier, autrement dit, elle est incertaine. En effet, dans une période marquée par une forte incertitude (les «trois petites glorieuses» de la fin des années quatre-vingt, comme la récession de 1993, ont été plus constatées que prévues par les conjoncturistes), l'acteur - économique comme social - est dans l'incapacité de construire une stratégie. Cette perte des repères projectifs est une confrontation à la «complexité» et au «vide» d'avenir, voire de sens, pour faire usage de termes usités par Halbwachs et Durkheim.* » (Chauvel, 1997 : 725-726)

Le statut des âges s'est ainsi transformé au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, induisant des modifications de la distribution par âge du suicide masculin. Cette uniformisation des taux de suicide masculins selon l'âge traduit un écart croissant entre des aspirations et leur possibilité concrète de réalisation. Or, il s'agit là, à notre sens, d'une *dégradation notable de la possibilité de démontrer*, pour les jeunes, une valeur proprement personnelle au travers de leur participation économique. La question de l'individualisation se joue ici dans cette restructuration du paysage suicidaire : si elle n'est pas la cause du suicide, elle façonne bel et

[14] Il s'agit en fait d'une interaction entre l'effet d'âge – taux de suicide selon l'âge quelle que soit la période considérée – et l'effet de période – évolution du suicide au cours d'une période donnée, quel que soit l'âge –. soit une transformation des statuts de l'âge selon la période.

bien le type valorisé de projet et d'aspiration que les individus sont en droit (sinon en devoir) de formuler. C'est ce que nous souhaiterions aborder à présent.

1.2.2 L'individualisation du suicide : l'autonomie et la responsabilisation au centre des problématiques suicidaires contemporaines

Les évolutions du suicide au cours des Trente Glorieuses démontrent qu'une société qui met l'individu au rang de ses valeurs les plus grandes ne s'expose pas nécessairement à une montée incontrôlée de l'égoïsme et de l'anomie. Nous proposons de revenir, ici, sur les caractéristiques de cette population de moins de cinquante ans qui, au sortir des Trente Glorieuses, est devenue plus vulnérable au suicide. Il s'agit de montrer, d'une part, que cette vulnérabilité est associée à la possibilité, pour les individus, de faire valoir leur participation économique. Nous suggérerons, d'autre part, que cette impossible participation s'inscrit dans un contexte de déstructuration de certains collectifs d'appartenance et de valorisation de l'autonomie et de la responsabilité.

Des aspirations sociales inégalement satisfaites : morcellement économique et marginalisation

Les transformations de la distribution du suicide selon l'âge sont bien redevables des transformations économiques profondes et de la dégradation substantielle des bénéfices sociaux, culturels et symboliques que les acteurs peuvent tirer de l'activité économique. Dans un contexte de massification du chômage, de transformation des protections liées aux statuts de l'emploi et aux solidarités collectives associées au travail, l'isolement, la marginalisation et la misère économique *et* sociale toucheraient aujourd'hui davantage les personnes avant 50 ans, alors que ces situations étaient autrefois davantage réservées aux plus âgés. La population en âge de travailler comprendrait aujourd'hui davantage de situations où l'isolement, la marginalisation et la disqualification sont centraux (Paugam, 2009).

La fin des Trente Glorieuse est caractérisée par un changement de la structure des inégalités et par une transformation du rapport au travail. Si les indicateurs principaux d'inégalités de niveaux de vie[15] montrent globalement une réduction des inégalités des années 1970 à 1990 (Boiron, 2016), ces indicateurs ne prennent pas en considération, pour cette période, les revenus issus du patrimoine :

[15] Le coefficient de Gini, la part des quintiles extrêmes, le rapport interdécile et l'indice de Theil (Boiron, 2016).

> « *Il faut cependant noter que les évolutions mesurées entre 1970 et 1990 ne tenaient pas compte des revenus du patrimoine et de ce fait sous-estimaient tant le niveau des inégalités que leur variabilité.* » (Boiron, 2016 *:* 57)

De plus, la mesure de ces seuls indicateurs n'est pas suffisante pour deux raisons : d'une part, ils ne représentent pas une analyse d'un *système d'inégalité* et, d'autre part, ils ne prennent pas en compte de façon *dynamique* ces inégalités. En considérant ces deux éléments, on est mieux en mesure d'analyser les évolutions du suicide précédemment décrites.

Louis Chauvel (2001) montre, dans une analyse riche, que le passage des Trente Glorieuses à la crise des années 1970 a en fait entrainé un renforcement des inégalités sociales. Il suggère d'abord que la mobilité *sociale* intergénérationnelle se dégrade pour les couches les moins aisées (Chauvel, 2001). Si certains écarts de revenus entre catégories socioprofessionnelles *se sont réduits* dans la période des Trente Glorieuses, *l'espérance objective d'un rattrapage des inégalités de revenus entre les catégories socioprofessionnelles* s'est creusée, quant à elle, consécutivement au ralentissement important de la croissance :

> « *En fait, sur toute la période 1950-1975, ce temps de rattrapage* [nombre d'années pour que les revenus touchés par un ouvrier atteignent ceux d'un cadre] *oscillait entre 30 et 40 ans selon la nature de la conjoncture. Malgré la réduction de l'écart statique* [des revenus perçus] *entre cadres et ouvriers d'un rapport de 4 à 2,8, l'écart dynamique a bondi dès le ralentissement de la croissance : le temps de rattrapage a dépassé 200 ans au cours des années 1990. Autrement dit, le rattrapage qui naguère pouvait s'envisager en une génération pourrait au rythme actuel en exiger 6… La distance temporelle entre ouvriers et cadres est devenue un gouffre béant.* » (Chauvel, 2001 : 329)

Ces écarts sont d'autant plus importants lorsque l'on considère le patrimoine, et non simplement les revenus du salariat. Si l'on prend en considération, encore, l'effritement des protections sociales, l'immobilité sociale en matière de catégorie socioprofessionnelle, en matière d'éducation, l'inégalité d'accès à la consommation ou encore la permanence de l'homogamie... il semble alors que les inégalités sont loin d'avoir disparu. Il y aurait, au contraire, un « retour » des inégalités suivant la fin de la période des Trente Glorieuses[16].

[16] « *L'ensemble de ces analyses montre l'existence d'inégalités sociales structurées d'une forte intensité. Si certains critères mettent en évidence un recul de la réalité des classes, soit dans la période 1965-1980, soit pour les générations de l'entre-deux-guerres jusqu'aux premières générations du baby-boom, nous assistons depuis lors à une pause, voire à un regain de certaines inégalités. Le passage de la croissance rapide à la stagnation (ou croissance molle) a eu, en soi, un impact inégalitaire : la croissance permet de projeter un rattrapage à l'horizon de la vie ou d'une génération à l'autre, alors que la stagnation offre une vision d'immobilité. La croissance ouvre la possibilité d'une égalisation dynamique qui pourrait engendrer des anticipations favorables de promotion et*

Il n'est pas étonnant, dès lors, que l'inactivité chez les hommes âgés entre 15 et 64 ans représente le statut professionnel qui affecte le plus le risque de suicide. Entre 1976 et 2002 en France, elle est la seule catégorie qui dépasse le taux de suicide en population générale chez les hommes âgés de 15 à 64 ans (Observatoire National du Suicide, 2014). Ces données relatives au suicide font échos aux données de mortalités générales, telles qu'elles ont été analysées à la fin des années 1980 par Alain Chenu (1988). En effet, un renforcement de l'effet de l'inactivité sur la mortalité *générale* s'est opéré au cours du XX^{ème} siècle (Chenu, 1988). Chenu[17] montre que le rapport entre la mortalité des inactifs et celle des actifs, entre 35 et 60 ans, a crû entre le début du XX^{ème} siècle et la fin des années 1970. Ce creusement de la différence inactifs/actifs dans la mortalité générale correspond à une transformation du statut d'inactif. Ce dernier correspond moins, dans le dernier quart du XX^{ème} siècle, à des situations de rente : il comprend davantage de personnes en situation d'invalidité et de handicap (Chenu, 1988), soit à une forme *d'exclusion vis-à-vis du marché du travail et de la participation économique*.

L'exclusion de la participation économique semble ainsi affecter la propension au suicide aujourd'hui : l'importance nouvelle du suicide chez les hommes avant 50 ans serait en fait l'indicateur de cette fragilisation à l'égard de la participation économique. C'est encore ce que l'on peut déduire du rapport entre chômage et suicide, même si cette relation est complexe. Malgré certaines réserves concernant l'effet du chômage sur le suicide (Batt et al., 2007)[18], une revue de la littérature internationale récente indique qu'un lien entre chômage, niveau de revenu ou statut professionnel d'une part, et suicide d'autre part, semble généralement bien établi (Kennelly & Connolly, 2012). Les fluctuations économiques contemporaines affectent bel et bien l'évolution des taux de suicide. L'étude de Coope *et al.* (2014) montre, à ce propos, un impact significatif de la récession de 2008 sur l'augmentation des taux de suicide chez les personnes âgées de moins de 44 ans en Angleterre et aux Pays de Galles – en particulier dans les aires résidentielles les plus défavorisées. Bourgoin (1999) note

une mobilité subjective : avec 4 % de croissance annuelle du revenu des ménages, la classe ouvrière a de bonnes raisons de se projeter dans le mode de vie et donc d'identifier une partie de ses intérêts à ceux des nouvelles classes moyennes salariées ; à 1%, le sort des classes populaires se referme sur le présent. » (Chauvel, 2001 : 349)

[17] Mobilisant les données de Huber (pour la période 1907-1908) et celles de l'INSEE (1975-1980).

[18] À propos du chômage, Agnès Batt note que « *[…] les conclusions des études sur le chômage sont très contrastées et doivent être interprétées en portant une grande attention aux dates auxquelles elles ont été menées, aux méthodologies utilisées et aux caractéristiques du chômage. En effet, la période du premier choc pétrolier (1974) marque un tournant décisif dans l'apparition du chômage de masse en Europe. À partir de là, les liens qui unissent comportement suicidaire et chômage sont complexes et sensibles à l'effet de facteurs de confusion.* » (Batt et al., 2007 :12).

que les corrélations entre chômage et suicide sur la période 1981-1995 sont significatives chez les hommes en dessous de 50 ans. Récemment, une étude de Laanani et ses collègues (Laanani, Ghosn, Jougla, & Rey, 2015) indique que le chômage est corrélé au suicide des hommes entre 25 et 49 ans : pour une montée du chômage de 10%, le suicide dans cette classe d'âge tendrait à augmenter de 2,6%. On reviendra plus loin sur la complexité de l'effet du chômage sur le suicide.

De plus, et comme pour la mortalité générale (Chenu, 1988)*, le risque de suicide varie en fonction du type d'emploi exercé.* Sur la période 1968-1999, les cadres et professions intellectuelles supérieures sont les moins touchés par le suicide. Chez les hommes, les agriculteurs exploitants se suicident 3,1 fois plus que les cadres, les ouvriers 2,6 fois plus, les employés 2,4, les artisans, commerçants et chefs d'entreprises 1,9 fois plus et les professions intermédiaires 1,4 fois plus (Observatoire National du Suicide, 2014). On trouve ainsi, dans les données actuelles du suicide, une hiérarchisation nette selon l'emploi exercé. Or, Christian Baudelot et Roger Establet (2006) ont rappelé que cette hiérarchisation n'a pas toujours été aussi marquée. En effet, en mobilisant des données riches provenant des États-Unis et du Royaume-Uni, les auteurs suggèrent que cette répartition des taux de suicide selon la hiérarchie sociale des actifs, aujourd'hui assez nette, était autrefois beaucoup moins évidente : les données du XIX^{ème} siècle suggèrent que les classes aisées présentaient des taux élevés de suicide, comme les classes populaires. Les données du XX^{ème} siècle suggèrent ainsi une fragilisation des classes sociales les plus démunies économiquement et culturellement, et un renforcement de la protection des classes dominantes :

> « *Quelles que soient les alternances, une chose est claire. Ce sont aujourd'hui (seconde moitié du XXème siècle et début du XXI siècle) les catégories sociales situées au bas de l'échelle qui se suicident le plus.* » (Baudelot & Establet, 2006 : 181)

Lostao *et al.* (2006) ont montré que l'inégalité liée aux statuts socioprofessionnels en France et en Espagne sur les périodes 1980-1982 et 1988-1990 est significativement associée aux taux de suicide sur les deux périodes, et qu'elle s'est renforcée entre les deux périodes considérées.

L'importance de l'inactivité dans la mortalité générale et dans la mortalité par suicide, et l'importance des inégalités entre actifs (dans la mortalité générale et par suicide, selon le type d'emploi exercé et selon que l'on soit actif occupé ou inoccupé) ont été interprétées comme le

signe d'un morcellement de la participation économique. Une partie croissante de la population serait exclue de l'organisation productive de la société:

> « *Les corrélations mises en évidence montrent que le suicide touche davantage les catégories les plus défavorisées. La possession de biens sociaux valorisés (emploi, niveaux d'éducation et de salaire élevés) constitue une protection efficace contre le suicide. Comme le note Pierre Surault, le classement des groupes professionnels selon la fréquence du suicide «reflète la hiérarchie sociale comme c'est le cas des autres causes de décès, à l'exception du sida». Selon l'auteur, l'évolution du suicide et son développement dans les catégories sociales les plus démunies peut se lire comme un signe de mutation vers :*
>
> > « *Une société duale caractérisée notamment par l'émergence d'une couche d'exclus (du travail, de la consommation, du logement, des loisirs...) se reproduisant de génération en génération et sans espoir d'ascension sociale.* »
>
> *Cette proposition rejoint le point de vue d'Alain Touraine selon lequel nous vivons le passage d'une société de discrimination à une société de ségrégation, c'est-à-dire d'une société verticale à une société horizontale dans laquelle la coupure entre les «inclus» et les «exclus» devient prédominante par rapport aux inégalités de classe.* » (Bourgoin, 1999 : 92)

Non seulement les classes populaires sont, dans le suicide, fragilisées relativement aux classes dominantes, mais cette fragilisation est encore à envisager sur le plan symbolique et identitaire, par la fragmentation des collectifs qui structuraient la société industrielle au milieu du XX^{ème} siècle (Chauvel, 2001; Dubet, 2012) : les classes populaires sont désormais davantage éclatées, hétérogènes quant aux statuts et aux droits attachés à ces statuts. La multiplication de formes diversifiées de contestations semble ici être le symptôme d'une mutation vers une société post-industrielle, comme l'analyse des nouveaux mouvements sociaux tend à la suggérer (Dubet, 2017; Touraine, 1973).

Dans le monde ouvrier, un effritement des solidarités professionnelles est perceptible à trois niveaux distincts : *1)* une moindre cohérence et permanence des déterminations sociales de classes, telles qu'elles pouvaient structurer la société industrielle ; *2)* un effacement progressif d'une « identité collective » de classe – soit de la capacité des acteurs à s'identifier à (et à se mobiliser politiquement comme) un groupe conscient de ses intérêts partagés et d'une commune subordination au sein de l'appareil de production ; *3)* un brouillage d'une certaine « identité culturelle » – soit d'un partage de références culturelles et symboliques, condition nécessaire d'un sentiment d'appartenance de groupe (Chauvel, 2001).

Du côté des déterminations de classes, Bernard Lahire (2013) montre que les dispositions acquises par la socialisation sont aujourd'hui davantage conflictuelles et multiples, au contraire d'une période où un système cohérent de dispositions tendait à déterminer de manière linéaire les parcours professionnels, les goûts et les capitaux culturels des individus appartenant à chaque classe sociale. Du côté de l'identité collective et de l'identité culturelle, Beaud et Pialoux (2005) ont montré, à travers une série d'enquêtes réalisées au cours des années 1980 et 1990, que la transmission de valeurs liées au travail au sein de la famille entre les jeunes ouvriers et les moins jeunes est complexe, tant les statuts associés à l'emploi n'autorisent pas les mêmes stratégies *d'investissement* entre jeunes et moins jeunes. La défense des acquis, la solidarité d'atelier et la résistance aux cadences chez les ouvriers âgés s'opposent à la volonté des jeunes intérimaires de montrer leur valeur personnelle, par un surcroit de travail, afin d'être embauchés de manière plus stable et de jouir des avantages auxquels leur statut de précaire ne leur permet pas d'accéder (Stéphane Beaud & Pialoux, 2005)[19].

*

Ces transformations sont à penser comme le signe d'une fragilisation des classes populaires, observable dans le suicide. Cependant, il ne s'agit pas simplement d'une déstructuration des collectifs et des solidarités, mais d'une transformation notable du type privilégié de rapport sociaux, où la question de l'autonomie individuelle est en réalité centrale. Sans être en mesure de lier directement autonomie et suicidalité, les analyses suggèrent qu'un changement culturel d'envergure caractérise bel et bien cette transformation du rapport au travail au sortir des Trente Glorieuses.

L'autonomie et la responsabilité : l'individualisation du suicide

Au cours des Trente Glorieuses, un ensemble d'institutions sociales et de collectifs d'appartenance tendent à structurer les relations entre individus et entre groupes inégalement dotés. Les opportunités objectives vont croissantes et la mobilité sociale est positive, permettant aux individus de participer économiquement et socialement et de se *projeter* dans un cadre plus sécurisé. La fin des Trente Glorieuses marque une période de transition importante caractérisée

[19] Ces décalages sont visibles dans les échanges intrafamiliaux autant que dans l'usine : la transmission du rapport au travail, structurant notamment le monde ouvrier des années 1960, s'efface. Les perspectives des jeunes vont d'abord vers la poursuite d'études longues et la fuite de l'usine sans pour autant pouvoir y échapper. On observe une certaine forme de rupture au sein même de la sphère familiale fortement imprégnée des problématiques de l'emploi et du rapport au travail. Cette dynamique est déstructurante tant pour les jeunes que pour leurs ainés, qui voient leur héritage symbolique désavoué et fragile.

par la réduction objective des ressources disponibles pour certains acteurs et par un déficit de repères projectifs : la période est marquée par une incertitude globale (*croissance globale du suicide, quel que soit l'âge*), une transformation des statuts des âges (*uniformisation des taux de suicide masculins selon l'âge*) et un morcellement de la structure économique qui drainait les aspirations au cours de la période antérieure (*creusement des inégalités dans le suicide au sein de la population en âge de travailler, selon les statuts attachés au travail*).

Cette situation d'incertitude a été comprise par Chauvel (1997) comme la « remise en cause d'un projet social » constitutif des Trente Glorieuses. Nous suggérons, en la matière, qu'au cours des années 1960 et 1970 un « *projet d'autonomie* » tend de plus en plus à définir les aspirations valorisables et les formes légitimes de coopération, mais cette fois-ci dans un contexte où les opportunités objectives d'accomplissements sont compromises. La valorisation de l'autonomie et de l'accomplissement personnel se renforcerait, faisant de plus en plus assumer à l'individu lui-même la charge de maintenir le lien et de s'ajuster aux obligations liées à son statut, tout en faisant montre d'une certaine initiative et d'une latitude d'action propre dans ses choix. L'acteur doit être autonome, faire preuve de compétence et de performance personnelle, et c'est bien sa capacité propre d'ajustement aux règles et de démonstration personnelle qui serait en jeu. L'autonomie deviendrait alors un principe de légitimation de l'ordre social et de l'action, auquel les individus doivent s'ajuster dans les différents contextes d'interaction dans lesquels ils sont pris.

Dans le domaine économique, la promotion de l'initiative et de la compétence individuelles semble bien se renforcer, tant dans les carrières professionnelles que dans la réalisation des tâches par les travailleurs :

> « *Sur le plan de l'organisation du travail d'abord, on assiste à une individualisation croissante des tâches, qui exige la mobilité, l'adaptabilité, la prise de responsabilité de la part des opérateurs* […]. *Du côté des trajectoires professionnelles aussi on assiste à la même mise en mobilité.* […] *Les carrières professionnelles sont devenues discontinues, elles cessent d'être inscrites dans les régulations de l'emploi stable. C'est ainsi le statut de l'emploi lui-même qui se trouve déstabilisé à travers la discontinuité des trajectoires et la fluidité des parcours. Du fait de ces transformations, l'injonction à être un individu se généralise.* » (Castel, 2009 : 24)

Les quatre enquêtes réalisées sur les valeurs des Français et des Européens (*European Values Survey*, EVS) entre 1981 et 2008, notamment, ne démentent pas l'existence d'un tel processus.

Ces données permettent de séparer la mesure de l'individualisme, sous son acception égoïste, de celle de l'individualisation comme valorisation de l'autonomie. Galland et Bréchon (2010) définissent ainsi *l'individualisme* comme la recherche du gain d'utilité maximale dans l'intérêt particulier (sur le plan économique, familial ou politique), et *l'individualisation* comme la valorisation de l'autonomie et de l'autodétermination personnelle (également sur le plan économique, familial et politique). Ils mobilisent 20 indicateurs pour la mesure de l'individualisation et 20 autres pour celle de l'individualisme. Ils montrent que les deux phénomènes sont globalement corrélés négativement : en d'autres termes, selon ces données, l'adhésion des individus à l'autodétermination personnelle varie en raison inverse *1)* d'une attitude de repli sur soi et d'un désintérêt vis-à-vis des catégories sociales auxquelles on peut s'identifier (ce que les auteurs nomment l'indifférence identitaire), *2)* d'un désintérêt vis-à-vis des catégories sociales les plus démunies (indifférence compassionnelle), ou encore – mais dans une moindre mesure – *3)* d'un retrait de la participation politique.

En d'autres termes, l'individualisation comme processus normatif n'implique pas la disparition d'un intérêt porté aux autres et à la collectivité, mais elle est le signe d'une mutation vers un investissement plus personnel, et peut-être plus circonstancié et flexible, dans le lien social. Ces résultats tendent à conforter l'idée selon laquelle l'autonomie devient progressivement une norme dominante, structurant les relations sociales et l'enjeu des rapports entre groupes sociaux différemment dotés. L'individualisation, ainsi comprise, est corrélée négativement à la solidarité intergénérationnelle : ici, la solidarité ne disparait pas, mais elle est moins perçue comme une obligation morale lorsque l'autonomie et l'initiative personnelles sont valorisées. Il n'y a pas ici de rupture radicale entre générations, mais un tournant qualitatif selon lequel la valorisation de l'autonomie entraine moins l'obligation, par tradition, envers les ainés ou les descendants, que l'importance de l'investissement personnel dans ces dimensions (Bréchon & Galland, 2010).

Mais, en même temps qu'elle devient un modèle légitime de l'action, l'autonomie met en défaut les groupes les moins dotés économiquement, pour qui elle représente une aspiration moins accessible. En exploitant les données des enquêtes EVS, Gonthier et Tchernia montrent que les sentiments d'autonomie et de satisfaction au travail sont inégalement répartis selon les catégories socioprofessionnelles, les niveaux de diplômes ou les niveaux de revenus (Bréchon & Galland, 2010) : les mieux dotés sont les plus sujets à déclarer un sentiment de satisfaction

au travail, mais également à déclarer un sentiment de liberté quant à la réalisation de ce travail. Il pourrait bien y avoir ici un effet de *désajustements*, observable essentiellement chez les catégories les plus démunies. Si l'accomplissement personnel et la promotion des initiatives dans le travail tendent bien à devenir une valeur centrale, étalon de la valeur sociale qu'on est en droit de s'attribuer, les classes populaires – hétérogènes et fragilisées – sont les plus vulnérables face à cette valorisation, les moins candidates à un tel *prestige*.

Pour les populations les plus démunies économiquement, l'individualisation dans le domaine professionnel et dans le domaine familial n'emporte pas nécessairement l'adhésion (on en discutera plus loin). Cependant, l'autodétermination et l'autonomie devenant un modèle de conduite valorisé, notamment par ceux qui jouissent des positions permettant d'accomplir cet idéal, il devient un instrument d'infériorisation et de légitimation des formes de domination. La *responsabilisation* ferait ainsi pendant à ce processus d'individualisation. Danilo Martuccelli (2004) qualifie ainsi ce nouveau régime, qui exige davantage l'implication personnelle des acteurs, et par lequel la *domination* s'exerce de façon nouvelle. Un souci de consentement actif à la norme caractériserait la domination moderne, induisant une certaine forme de responsabilisation pour les acteurs n'étant pas en capacité de mobiliser les ressources suffisantes :

> « […] *le principe de responsabilisation apparait aujourd'hui comme un transfert à l'individu lui-même de tout ce qui lui arrive, en tant que conséquence « inévitable » d'une société étant devenue « incertaine ».* […] *La responsabilisation se situe à la racine d'une exigence généralisée d'implication des individus dans la vie sociale et à la base d'une philosophie les obligeant à intérioriser, sous forme de faute personnelle, leur situation d'exclusion ou d'échec. Il s'agit moins d'un appel à la responsabilité individuelle que d'une série de processus confrontant l'acteur, puisqu'il a toujours la possibilité de « faire » quelque chose de sa vie, aux conséquences – parfois de plus en plus involontaires – de « ses » actes.* » (Martuccelli, 2004 : 479)

La figure de *l'injonction* notamment (l'implication des acteurs de façon positive pour qu'ils consentent et adhèrent activement aux projets qu'on exige d'eux), mais également celle de la *dévolution* (soit la normalisation des individus par les conséquences de leur action), constitueraient des formes nouvelles d'incitations et de sanction.

Nous suggérons ainsi qu'au projet d'autonomie, s'installant comme modèle légitime de l'action, correspond un mode de domination par injonction : la nécessité de participation active

et d'implication des acteurs placerait ces derniers en *responsables* de leur incapacité à souscrire à cette norme lorsqu'ils sont dans l'impossibilité d'y souscrire. Les couches sociales les plus démunies, ne disposant pas des ressources pour satisfaire à cette promotion de soi, intérioriseraient ainsi d'autant plus l'échec comme une insuffisance personnelle, voire une faute. Ainsi conclut Chauvel (2001), concernant ces désajustements entre, d'une part, une injonction à l'autonomie et, d'autre part, l'impossible réalisation de soi :

> « *Le discours dominant reste quant à lui orienté vers la reconnaissance de l'individu (ou du sujet), fondé sur la valorisation de l'autonomie et de la créativité personnelle, et sur l'idée générale que les rapports sociaux autoritaires et conflictuels d'antan ont laissé place à une négociation interindividuelle permanente et plus harmonieuse. Ce discours* […] *ne laisse rien à ceux qui n'ont pas reçu les moyens de cette autonomie et de cette créativité, pas même la possibilité de dénoncer leur sort.* […] *Le discours social qui leur est alors tenu est profondément déstabilisant pour les perdants du jeu social, en leur ôtant jusqu'à l'innocence face à un sort qu'ils n'ont pas pu choisir. Il accrédite en réalité l'idée que, dans notre monde d'égalité des chances et d'abondance des moyens disponibles pour l'acquisition de l'autonomie, loin d'être les victimes de configurations sociales adverses, ils sont en fait leurs propres bourreaux, responsables de leur déroute sociale, ou à défaut des faibles d'esprit.* […] *en retirant aux exclus de l'individualisation valorisée (qui semble rester une valeur sélective pour membres des classes aisées) la capacité d'exprimer leur expérience collective, il renvoie les perdants du jeu social à l'intériorisation de leur propre échec. Il disqualifie ainsi les membres des classes populaires pour en faire les acteurs de leur singulière médiocrité.* » (Chauvel, 2001 : 352-353)

C'est ce que Castel (2009) a nommé les « *zones grises* » de *l'individualisation*. Chez les jeunes, Olivier Galland (Galland, 2010; Galland & Cellule de sociologie de l'OFCE, 2000) montre que ces désajustements sont particulièrement marqués :

> « *Un double phénomène semble à l'œuvre qui explique la radicalité de la frustration ressentie par une partie des jeunes en difficulté : une polarisation sociale de la jeunesse accompagnée d'un mouvement d'homogénéisation culturelle. La polarisation sociale signifie que l'écart entre les chances d'insertion (notamment en termes d'emploi et de revenus) des jeunes sans diplômes et des autres jeunes, s'est fortement accru.* […] *Mais, en même temps, les valeurs, les normes culturelles et de consommation, les aspirations de l'ensemble des jeunes ont eu tendance à se rapprocher quels que soient le milieu d'origine et le niveau de formation. Ces normes ne sont pas identiques, mais elles sont très certainement moins éloignées qu'elles ne l'étaient entre des catégories de jeunes différentes au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Les jeunes sans diplômes ont donc à la fois des aspirations plus élevées, ou moins encadrées par leur milieu d'origine, que leurs homologues des années 1950, et des moyens plus faibles d'accéder aux éléments minimaux de statut qui permettent une intégration normale à la société.* » (Galland, 2010 *:* 169-170)

*

Les évolutions du suicide au sortir des Trente Glorieuse sont bien, comme on l'a dit, caractérisées par la vulnérabilité des populations les plus fragiles économiquement. Ici, la démonstration que cette dégradation est structurée par une transformation sensible des valeurs, ayant pour fonction de réserver à l'individu la responsabilité de ses difficultés et de lui imposer une obligation d'implication personnelle, est complexe. C'est pourtant, précisément, cette transformation qui nous intéresse, et que nous pensons susceptible d'affecter *les logiques* – et non pas les taux – actuelles en matière de suicidalité. Nous présenterons, dans un prochain chapitre ayant trait aux tentatives de suicide, quelques études qui tendent à confirmer cette relation entre, d'une part, un rapport au travail caractérisé par l'autonomie et la réalisation de soi et, d'autre part, les conduites suicidaires.

Mais si ces propositions restent, pour le moment, sujettes à caution, le rapport entre suicide et individualisation pourrait apparaitre avec plus de force quand on le considère à travers les transformations familiales qui sont intervenues au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle. En effet, les facteurs familiaux pourraient permettre de compléter les explications concernant l'évolution du suicide masculin avant les années 1990, et d'aborder le processus d'individualisation sous le versant des transformations des pratiques et des valeurs familiales. Ils pourraient permettre, notamment, de dégager des pistes d'explication concernant, d'une part, l'évolution des taux de conduites suicidaires à la fin des années 1980 et, d'autre part, le resserrement contemporain de ces taux dans le milieu de vie.

1.2.3 Les transformations familiales et le suicide à la fin du XXème siècle : l'individualisation de la famille

La montée du suicide chez les hommes ne dépend pas *seulement* des facteurs économiques, dont nous avons précédemment souligné les effets[20]. Les effets des facteurs familiaux, notamment, s'intriquent aux effets des facteurs économiques. Notamment, suivant les éléments rapportés par Bourgoin (1999), l'épreuve du chômage avant 25 ans semble moins

[20] Durant la période 1960-1985, l'importance croissante du suicide des jeunes (à comprendre ici en dessous de 50 ans) s'observe dans la plupart des pays d'Europe et d'Amérique du Nord (Diekstra, 1989). C'est en fait un ensemble de transformations qui aurait affecté le suicide en Europe au cours des années 1960 à 1985. Diekstra (1989) explique que les générations du baby-boom ont d'abord connu et participé à des transformations affectant le rapport des individus à l'État et à la famille.

destructrice qu'à 40 ans. C'est qu'en effet, pour les premiers, certaines solidarités familiales demeurent, tandis que pour les seconds les charges familiales sont accrues (Bourgoin, 1999). Les données de Laanani et de ses collègues (2015) confirment cette corrélation pour les 25-49 ans dans les années 2000.

Ces facteurs familiaux présentent des effets que l'on peut dissocier des facteurs économiques : une légère hausse du suicide des hommes avant 40 ans est observable à partir des années 1950 (Surault, 1995), soit *avant* l'effet des crises économiques décrites par Chauvel (1997). La crise économique débutée au cours des années 1970 a aggravé une augmentation du suicide masculin avant 50 ans, mais surtout après 25 ans (Surault, 1995), tandis que l'augmentation rapide avant 25 ans entre 1960 et la fin des années 1970 s'est fortement ralentie par la suite, en particulier chez les moins de 20 ans *:*

> « […] *pour les hommes, le suicide avait déjà augmenté de 1950 à 1976 avant 40 ans mais, avant 25 ans, la hausse n'avait débuté que dans les années 1960, à un rythme rapide ; ce rythme s'est réduit dès la fin des années 1970 pour les plus jeunes (15-19 ans) et, très nettement, pour l'ensemble des jeunes au début des années 1980, alors que la progression des autres taux de 25 à 39 ans, lente de 1960 à 1976 est alors devenue très rapide.* […] *sur la période 1976-1985, pour les 20-24 ans (+ 30 %) et surtout les 15-19 ans (+ 17 %), les augmentations ont été parmi les plus faibles, ce qui n'a pas été le cas pour les 25-29 ans (+71 %)* ». (Surault, 1995 : 988)

Nous souhaitons ici revenir sur l'effet des transformations des comportements familiaux sur le suicide. La valorisation de l'individu autonome et indépendant est centrale dans ces transformations familiales : d'une part, l'individualisation participe à la transformation des comportements matrimoniaux et, d'autre part, elle renforce la responsabilité et la réflexivité des rôles parentaux. Pour saisir ce phénomène, il convient d'abord de revenir sur l'effet des transformations familiales entre 1970 et 1990.

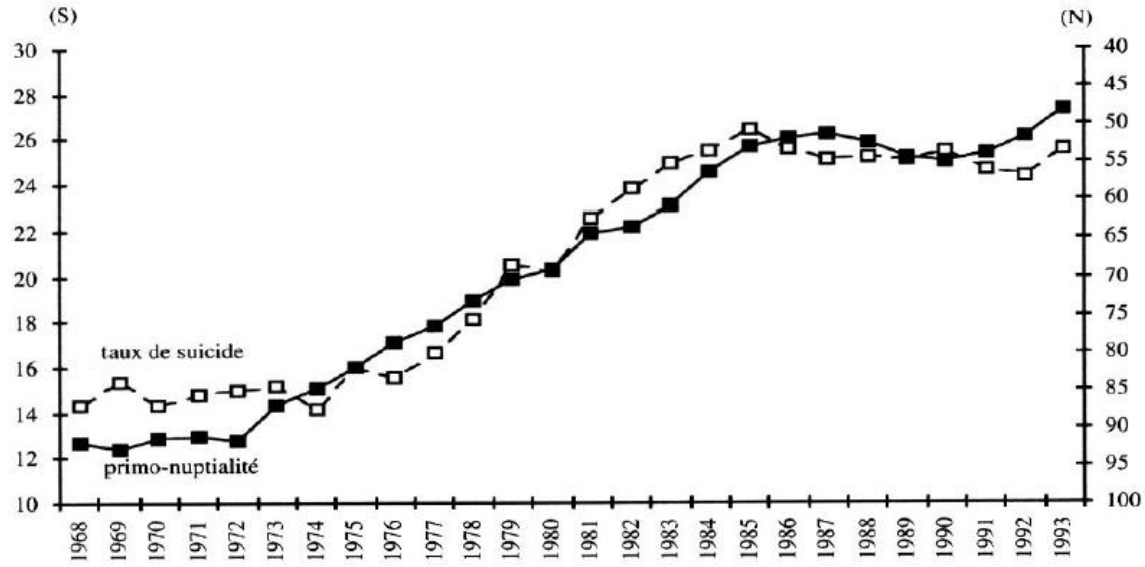
L'émancipation des femmes et la recomposition du modèle familial

Historiquement, l'effet des statuts matrimoniaux sur les taux de suicide semble davantage affecter les hommes que les femmes. En effet, les données analysées par Durkheim au XIX^{ème} siècle suggèrent que les hommes sont davantage protégés que les femmes par la vie domestique. Le mariage et la présence d'enfants protègeraient davantage les hommes, tandis que, pour les femmes, la présence d'enfants constituerait le seul (ou presque) bénéfice tiré de la vie familiale. Ce constat est notamment déduit de l'effet néfaste du mariage sur la suicidalité des femmes mariées sans enfant : celles-ci présentent plus de risques de suicide que les femmes

célibataires sans enfant. En conséquence, Durkheim considère que le mariage en lui-même est une contrainte inutile pour les femmes. Nous en discuterons dans l'étude de la suicidalité féminine. *Soulignons simplement, pour le moment, que le statut matrimonial semble davantage affecter la suicidalité masculine.* Les transformations familiales de la seconde moitié du XX^{ème} siècle ont-elles affecté ces relations ?

Selon Besnard (1997), si l'augmentation du suicide des hommes est liée à la conjoncture économique défavorable des années 1970, l'association entre indicateurs matrimoniaux et taux de suicide est meilleure chez les personnes mariées que chez les célibataires. Les indicateurs matrimoniaux sont ainsi bien associés à l'évolution des taux de suicide (Besnard, 1997). Sur la période 1968-1993, notamment, l'indicateur de primo-nuptialité et l'indicateur de divorce sont corrélés aux taux de suicide des hommes mariés en dessous de 50 ans : quand le divorce augmente ou que le mariage diminue, le taux de suicide tend à augmenter. La figure 9 montre cette tendance très significative chez les 30-39 ans.

Figure 8 : Évolution des taux de suicide des hommes mariés entre 30 et 39 ans et évolution de la primo-nuptialité masculine (échelle inversée) entre 1968 et 1993



Source : Besnard, 1997 : 749

En revanche, Besnard indique que l'effet protecteur du mariage sur la suicidalité des femmes semble se renforcer lors de l'introduction du divorce par consentement mutuel en 1975 (Besnard, 1997). Ce qu'on a nommé la « désinstitutionnalisation » du mariage aurait en fait surtout réduit la protection des hommes par le mariage et renforcé celle des femmes. Selon les données mobilisées par Besnard pour la période 1968-1993, l'écart entre le taux de suicide des femmes célibataires et le taux de suicide des femmes mariées s'est accru au cours des années 1970, particulièrement entre 30 et 40 ans. Selon lui, « l'affaiblissement » du mariage par l'introduction du divorce bénéficierait *aux épouses de moins de 50 ans* dans les années 1970. En effet, le rapport entre le taux de suicide des épouses et celui des célibataires (soit le coefficient d'aggravation au suicide des célibataires par rapport aux mariées) augmente. Entre la période 1968-1973 et 1974-1978, le rapport des 40-49 ans passe de 1,88 à 2,03, celui des 30-39 ans passe de 2,33 à 3,38, celui des 25-29 ans passe de 3,79 à 4,17. Les épouses de moins de 50 ans se suicident d'autant moins que les opportunités matrimoniales sont moins définitivement réduites.

L'amélioration de la protection des femmes par le mariage, dès lors qu'il leur est permis de divorcer, est également observable aux États-Unis. Selon Austin et ses collaborateurs (Austin, Bologna, & Hiroko Hayama, 1992), l'analyse de la suicidalité de 1970 à 1984 semble confirmer, au moins partiellement, la théorie durkheimienne de la sensibilité différente des femmes au divorce. Pour Durkheim, l'introduction du divorce rendrait plus souple la norme matrimoniale chez les femmes, et elle en soulagerait, dès lors, la contrainte. C'est le cas, selon Austin et son équipe, pour certaines tranches d'âges.

Au cours des années 1970, alors que l'éducation et l'insertion professionnelle des femmes continuent de progresser au même rythme que lors de la décennie antérieure, une divergence du rapport homme/femme s'observe dans le suicide. Cette divergence des taux fait suite à la stagnation du taux féminin et à l'augmentation du taux masculin. *L'analyse par régression réalisée par Austin et ses collègues semble indiquer que la progression du divorce permet d'expliquer ce phénomène chez les femmes âgées de moins de 44 ans. La question de l'autonomie et de l'indépendance des femmes dans la sphère domestique pourrait ainsi avoir affecté la suicidalité féminine et masculine dans les années 1970 aux États-Unis.*

Or, concernant l'effet de ces facteurs familiaux, nul doute que l'individualisation représente la composante principale de ces transformations. La dynamique contemporaine de la famille est notamment caractérisée par l'importance nouvelle accordée au choix personnel

dans la vie conjugale. François de Singly parle d'une *autonomisation* dans le couple (Singly, 2014) : c'est la réalisation de soi que l'on chercherait davantage dans le partenaire. On retrouve ici l'assertion de Giddens (1966), considérant que l'individualisme promeut le choix personnel sur le marché conjugal et la réalisation de soi. Le mariage pourrait ainsi entraver, chez les femmes, l'exigence d'accomplissement personnel lorsqu'il ne comprend aucune perspective de changement, sinon dans la faute et la stigmatisation. Lorsque la norme de l'union s'assouplit, comme ce fut le cas dans les années 1970, elle améliore ces perspectives et les rend légitimes au regard des normes culturelles et juridiques. Pour les hommes, les écarts entre les taux des célibataires et les taux des mariés en dessous de 60 ans se restreignent jusqu'au début des années 1990, confirmant leur moindre protection par le mariage (Besnard, 1997).

Cependant, si les données concernant la période 1970 semblent corroborer l'idée d'une amélioration de la situation des femmes jeunes dans le mariage – ce que l'on peut, par ailleurs, interpréter comme un effet d'opportunité à certains âges, induit par une transformation culturelle –, celle-ci n'est que temporaire. En effet, les écarts entre épouses et célibataires se restreignent au cours des années 1980 (Besnard, 1997) : l'effet protecteur du mariage sur la suicidalité des femmes se réduit donc. La diminution de l'écart entre célibataires et marié(e)s, chez les hommes comme chez les femmes, indique une réduction globale de l'effet protecteur du mariage. L'autonomie et l'indépendance des femmes n'entrainent donc pas simplement une dégradation de la protection des hommes par le mariage et une amélioration de la condition des femmes mariées. *Un phénomène commun aux hommes et aux femmes permettrait d'expliquer ensemble ces variations, et la question de l'autonomie demeure, ici, centrale pour saisir ces transformations.*

La question de l'émancipation féminine, portée par les luttes pour l'accès des femmes à des droits fondamentaux dans le travail et dans la famille notamment, a en fait surtout entrainé l'émergence de nouvelles configurations, plus souples, qui trahissent une mutation des attentes des individus en matière matrimoniale. Au cours des années 1980, les situations de « célibats » se sont fortement diversifiées (Besnard, 1997) : la forte croissance des naissances et des unions hors mariage entraine ainsi une diminution de l'écart entre les épouses(x) et les célibataires. *La catégorie « célibataire » renferme dorénavant davantage de facteurs de protection comme la filiation, tandis que les formes d'unions non traditionnelles reçoivent une légitimité nouvelle.*

L'importance de la croissance des naissances hors mariage n'a cessé de se confirmer jusqu'à aujourd'hui : en 2018, les estimations prévoient que 60% des enfants seront issus de couples non mariés, alors que ce pourcentage n'était que de 6% en 1960 (Mazuy, Barbieri, Breton, & D'albis, 2015). *Cette diversification des formes d'union aurait ainsi entrainé une réduction de l'effet protecteur du mariage de façon générale, et elle traduit en fait une nouvelle manière de « faire famille »*.

Si le divorce par consentement mutuel a concentré les débats idéologiques et s'il a suscité la crainte de la dissolution du lien social au profit d'une liberté « égoïste » des partenaires, la norme de ce qui fait famille se serait finalement réorganisée autour du lien « naturel » entre enfant et parent, supposé stable et indéfectible, nouvelle figure de ce qui demeure malgré les aléas (Théry, 1993). Ce n'est pas un hasard si Irène Théry écrit *Le Démariage* au début des années 1990, dans lequel elle souligne à la fois l'idéologie dominante du divorce réussi et la priorité de l'intérêt de l'enfant. Le lien familial tend à se structurer autour du couple parental, de la figure du parent responsable et autonome, de l'individu compétent, indépendant. Ainsi, le « bon » divorce responsable rejette comme son contraire les cas de divorces « difficiles », bien souvent ceux des classes populaires, où les individus en jeu seraient caractérisés par leur irresponsabilité et leur manque de concession pour l'enfant. *C'est finalement la valorisation de l'autocontrôle des affects et de l'autonomie qui se joue pour tous* :

> « […] *ses caractéristiques définissent le parent divorcé modèle : c'est le parent qui n'a besoin de rien ; ni de nourrice ou de baby-sitter, bien qu'il soit seul, ni d'inscrire son enfant à la cantine, bien qu'il travaille… Ni, surtout, de l'amour de son enfant. En effet, le « bon parent » divorcé se garde bien d'évoquer des notions aussi dangereuses que l'amour, l'attachement, la tendresse ; il sait qu'une relation aseptisée, désinvestie, est gage que l'on demande la garde de l'enfant « dans son intérêt » et non pour son propre bonheur. Exprimer, si peu que ce soit ce que tout le monde sait (que si les parents veulent la garde, bien qu'elle soit une charge matérielle, c'est parce qu'ils ont immensément besoin de partager la vie de leur enfant) est en effet rendre suspect. Suspect de reporter sur son enfant, en le dévorant et l'étouffant, des besoins affectifs mal comblés ; suspects de n'avoir pas réussi ce qui est exigé avant tout : dépasser totalement, définitivement, la crise conjugale. L'intérêt de l'enfant justifie d'exiger une réintégration à la normalité sociale rapide, et sans défaillance. Haro sur les divorcés en souffrance, les ratés de la vie, ceux qui n'ont pas réussi leur reconversion. Madame M. indique un rapport d'enquête sociale, « dit que si la garde lui était confiée, elle offrirait à la fillette l'image d'un foyer normal, alors que chez son père elle voit un homme seul, des grands-parents paternels âgés. ».*

> *Être seul, c'est ne pas vivre normalement. Le temps est loin où le remariage paraissait choquant, et où les divorcés devaient par une chasteté exemplaire racheter les fautes passées. Ce qui était autrefois interprété comme fidélité aux engagements d'une vie est désormais symptôme d'une incapacité à se soumettre à la règle implicite qui est la contrepartie de la précarité conjugale : effacer le divorce.* » (Théry, 1993 :172-173).

Il y aurait bien, ainsi, une forme d'individualisation dans les transformations de la famille. Mais cette individualisation ne serait pas liée à une « perte » des institutions : elle consisterait en la recomposition de ce que constitue la famille. La famille nucléaire demeure un modèle dominant, mais c'est davantage le couple parental, constitué d'individus autonomes, responsables et engagés autour d'un lien de filiation commun, qui y concentre les préoccupations :

> « *On l'a vu tout au long de ce livre, l'un des plus étonnants paradoxes du démariage est d'avoir produit au cours des années le modèle de la famille nucléaire indissoluble. À la plus incontrôlée des angoisses, celle du temps, on répond que le lien biologique est plus sûr que toutes les institutions, puisqu'il est ineffaçable.* » (Théry, 1993 : 443)

La transformation des mœurs familiales a suscité une préoccupation concernant un « *antagonisme indépassable entre l'aspiration à la liberté individuelle et la possibilité d'une loi commune* » (Théry, 1993). Or, la norme familiale n'a pas disparu, elle s'est modifiée et, ce faisant, elle a renforcé l'importance de l'autonomie individuelle. Celle-ci devient l'une des composantes majeures de la famille contemporaine, confrontant les individus à de nouvelles incertitudes :

> *« Aujourd'hui, chacun voit bien que le divorce, tout comme l'union libre, ne signifient pas par eux-mêmes l'apothéose du moi contre toutes les valeurs de responsabilité, d'engagement, ou de solidarité interindividuelle. Cette vue de l'esprit n'a cessé d'être démentie. Rien ne s'est écroulé. La famille a changé de contours sans disparaître, le sens du lien inconditionnel non seulement n'est pas rompu mais il est à l'origine de tous les débats sur les relations entre parents et enfants qui ont fait suite à l'explosion du divorce.* […] *On cherche, sans jamais les trouver, la déroute de la famille et l'hédonisme triomphant. La seule chose que l'on puisse dire avec certitude, c'est que la vie privée de chacun est désormais moins fixée d'avance par la nécessité ou la norme sociale, confrontant tout individu, qu'il soit homme ou femme, seul ou non, parent ou non, marié ou non, à la question du sens qu'il veut donner à son existence, au risque d'un bouleversement qui mette en cause son histoire, à l'inquiétude de la durée, à la recherche des repères qui assurent la vie. Nous sommes à la fois plus libres et plus exposés, plus responsables et plus incertains, plus autonomes et plus fragiles.* » (Théry, 1993 : 444-445)

Ces nouvelles incertitudes pourraient expliquer certaines tensions affectant la suicidalité contemporaine, et notamment l'importance de la suicidalité masculine dans le milieu de vie.

Mourir dans la force de l'âge : l'individualisation familiale et ses conséquences dans le suicide masculin

L'évolution à la baisse des taux de suicide depuis la fin du XX^{ème} siècle est surprenante, au regard de la dégradation des statuts économiques. En effet, on observe une stabilité des inégalités au cours des années 1990 et une légère augmentation au cours des années 2000 (Boiron, 2016). Entre 1990 et 2014, le taux de chômage augmente dans l'ensemble, passant de 7,6 à 9,9% (chez les hommes, il passe de 6 à 10,2%) (Insee, 2016). Chez les jeunes de 15-24 ans, il passe de 15,1% en 1990 à 23,4% en 2014 ; chez les 25-49 ans, il passe sur la même période de 6,6 à 9,3% ; chez les 50-64 ans, il passe de 5,2 à 6,9%. Le chômage affecte davantage les classes populaires comme les ouvriers et les employés, dont les taux, respectivement de 9,4 et 7,7% en 2003, passent à 14,3 et 10,1% en 2014, Pour les cadres, le taux de 3,5% en 2003, atteint 4,4% en 2014. La tendance s'observe également selon la hiérarchie des diplômes. Le taux d'activité en population générale diminue chez les hommes de moins de 50 ans entre 1990 et 2014. Concernant le type d'emploi, les jeunes sont les plus touchés par les statuts précaires (intérim, CDD, apprentissage). Depuis 1990, le pouvoir d'achat (par personne, par ménage, par unité de consommation) tend à se réduire (Insee, 2016).

Considérant ces éléments, la possibilité de se projeter ne parait pas bien plus satisfaisante qu'auparavant. La tendance à l'augmentation du suicide chez les jeunes aurait dû perdurer ou, tout du moins, elle n'aurait pas dû présenter le renversement observé, comme le suggérait déjà Surault au milieu des années 1990 (Surault, 1995).

Surault propose une hypothèse intéressante selon laquelle ce renversement serait partiellement lié à une stabilisation de l'intégration familiale. *La recomposition de la famille autour de la filiation et de la fluidité des parcours pourrait bien constituer un élément d'explication de l'évolution des taux de conduites suicidaires dans les années 1990*. Et, en effet, à partir de l'exploitation des enquêtes EVS, Nathalie Dompnier note une certaine autonomisation de la sphère domestique depuis les années 1980 (Bréchon & Galland, 2010). La vie familiale est aujourd'hui davantage considérée par les Français comme un espace d'épanouissement personnel et individuel. La modération des taux de suicide et de tentative de

suicide chez les jeunes pourrait tenir, dans ce cadre, d'une importance croissante de la sphère domestique.

Un phénomène de compensation des difficultés pourrait également réduire les difficultés rencontrées par les jeunes. Cette interprétation est cohérente avec l'explication des attitudes optimistes contemporaines des jeunes à l'égard de leur devenir personnel. Galland rapporte que, lorsqu'ils sont interrogés sur leur avenir personnel et sur l'avenir collectif, les jeunes de moins de 30 ans sont majoritairement optimistes vis-à-vis de leur avenir personnel, mais pessimistes vis-à-vis de celui du pays (Galland, 2017). Alors que les jeunes sont les plus touchés par la précarité des statuts de l'emploi et qu'ils assument majoritairement « le poids de la flexibilité », cet optimisme personnel est pour le moins étonnant. Trois éléments viennent expliquer ce phénomène : d'abord, l'inégale importance de la flexibilité entre les générations est partiellement compensée par un transfert important de ressources au sein des familles, essentiellement celles de classes moyennes et supérieures ; ensuite, les jeunes acceptent cet équilibre précaire lié à leur situation, dans l'espoir d'accéder aux statuts dont peuvent bénéficier leurs ainés ; enfin, l'importance d'un réseau de relations interpersonnelles participe à la confiance des jeunes vis-à-vis de leur recherche d'emploi. Toutefois, si cette hypothèse n'est pas inintéressante, il convient de noter que cet optimisme et ces compensations sont le privilège des classes aisées.

En tout état de cause, les études relatives au suicide ne permettent pas ici de relier la « stabilisation » du modèle familial au changement de tendance observé. Ces éléments restent hypothétiques et nous reviendrons sur les raisons possibles de ce retournement de tendance dans le suicide et dans les tentatives de suicide en conclusion. En revanche, ces transformations de la famille semblent bien induire un cumul de difficultés chez les hommes dans les âges du milieu de vie. Ceux-ci sont confrontés à un isolement et à une incertitude croissante dans cette période de vie, auxquelles ils n'ont pas les moyens de faire face. En effet, chez les hommes dans le milieu de vie, la multiplication des séparations pourrait avoir entrainé une proportion de plus en plus importante de personnes en situation d'isolement, et ce, pour deux raisons : d'une part, le célibat des hommes dans cette période de vie semble aller croissant ; d'autre part, l'importance du rapport parent-enfant pourrait fragiliser ces âges en cas de séparation.

Les analyses rapportées par Brownlie au Royaume-Uni sont éclairantes pour saisir ces deux phénomènes. Le fait de vivre seul a fortement crû chez les hommes en dessous de 45 ans sur la période 1984-2007 :

> « *The increase in living alone in middle age has been greater for men than for women: fewer middle-aged men than women were living alone in 1984, but by 2007 men had caught up (Demey et al., 2011). Between 1984 and 2007, for example, the percentage of men aged 35 to 39 living alone increased from 6% to 15 % (Falkingham et al., 2012). Among people of working age, men are more likely than women to live by themselves: 16% of men aged 25–44 were living alone, compared to 8% of women of the same age (Smith et al., 2005).* » (Brownlie, 2012: 96)

Cet isolement accru chez les hommes correspondrait par ailleurs à des conditions économiques précaires et laborieuses (*les classes populaires fragilisées dont nous avons parlé précédemment*), ces dernières ayant davantage de difficulté à entrer et se maintenir sur le marché matrimonial :

> « *[…]among men aged 45 to 54, for example, three-quarters (75%) have been in a previous partnership and almost four in ten (37%) have been in multiple partnerships. And not surprisingly, albeit interesting given the discussion above about the changing nature of fathering, a significant proportion of men living alone have nonresidential children (e.g. 46% of those aged 45–54). It is also worth noting that Falkingham et al. (2012) found that the 'never partnered' middle-aged men are considerably more economically disadvantaged than their female counterparts.* » (Brownlie, 2012 :96)

Les fragilités relevées précédemment concernant l'effet des variables économiques se cumuleraient ainsi, chez les hommes dans le milieu de vie, avec une certaine misère de position sur le marché matrimonial, induisant un isolement important. C'est ce dont discutent Baudelot et Establet quand ils rappellent que le célibat est davantage associé, chez les hommes, à des statuts économiques situés au bas de l'échelle sociale (Baudelot & Establet, 2006; Bourgoin, 1999). Or, les avantages tirés de la relation conjugale demeurent centraux chez les hommes : chez eux, le fait de vivre seul aggrave fortement, notamment, le risque de tentative de suicide (Beck et al., 2011).

Il y aurait, comme le notait Durkheim, une plus grande protection face au suicide par le soutien conjugal chez les hommes. Mais ceci semble valable essentiellement pour les hommes dans le milieu de vie. En effet, chez les jeunes, le réseau de relations amicales permettrait un soutien plus solide. Au contraire, dans le milieu de vie, la moindre disponibilité des soutiens affectifs issus du réseau amical ferait du lien familial (conjoint et enfants) la seule ressource

relationnelle disponible (Brownlie, 2012). Le partenaire constituerait alors une composante centrale du soutien affectif chez les hommes dans le milieu de vie :

> « *Unlike younger men, who are likely to have a wide circle of friends but perhaps not yet a partner, men in midlife tend to be overwhelmingly connected to, and dependent on, their partner for emotional support – far more so, it seems, than women of the same age, who tend to maintain close same-sex friendships and may develop relationships of mutual support with adult children. This pattern of male reliance on partners is confirmed by recent analysis of Understanding Society data (Laurie, 2012).* » (Brownlie, 2012: 100)

Si, effectivement, les hommes ont tendance à dépendre encore fortement d'un soutien relationnel de la part de leurs partenaires, davantage que de leurs affinités électives, la multiplication des séparations pourrait alors entrainer un effet d'isolement important chez eux. *La suicidalité des hommes dans le milieu de vie pourrait alors se comprendre par un cumul de difficultés économiques et relationnelles, traversées par les changements de valeurs et de pratiques en matière familiale, où l'importance de l'autonomie et de l'indépendance familiale est structurante.*

Dans une étude récente, Scourfield, Shiner et leurs collaborateurs ont abordé la question du suicide selon l'âge dans une série d'articles (Scourfield & Evans, 2015; Scourfield, Fincham, Langer, & Shiner, 2012; Shiner, Scourfield, Fincham, & Langer, 2009). À partir d'une étude réalisée sur une centaine de dossiers de suicides, recueillis en 2005 au sein d'une région de Grande-Bretagne (une « autopsie sociologique »), les auteurs suggèrent plusieurs pistes pour comprendre la suicidalité des hommes dans le milieu de vie. Notamment, les cas de séparation s'étant multipliés, des difficultés plus importantes dans les relations entretenues avec la filiation pourraient renforcer les contraintes vécues par les hommes dans cette tranche d'âges. En effet, dans un contexte de valorisation de l'investissement des pères dans la relation parents-enfants, les auteurs suggèrent qu'il s'agirait là d'un motif nouveau de conduites suicidaires, la séparation conjugale entrainant dans le même temps une fragilisation des liens parents-enfants :

> « *We might speculate that in a climate where involved fatherhood has fairly recently developed a certain cultural status (even if men's actual practices may be mixed), hegemonic masculinity could perhaps be seen to be shifting so that inability to fulfil involved fatherhood because of relationship breakdown might seem as (much of a challenge as losing the breadwinner role would have done in earlier times* […] *Perhaps these influences do not affect men and women in the same way, however. There is some evidence that having children is a protective factor against suicide for women (Qin, Mortensen,*

> *Agerbo, Westergard-Nielsen, & Eriksson, 2000). This may perhaps be explained by them having stronger emotional ties to their children or greater empathy with them, from having spent considerable time in a caring role, or by the continuing assumption that women should be ultimately responsible for children's welfare.* » (Shiner et al., 2009 : 745)

Scourfield et Evans suggèrent notamment que la norme enjoignant à un investissement affectif accru envers l'enfant pourrait entrainer aujourd'hui davantage de difficultés en cas de séparation :

> « *Dominant discourses of fathering are shifting, and the importance of men's hands-on involvement in the care of children is increasingly emphasized, even though older discourses of men as providers have not faded (Lupton & Barclay, 1997; Shirani, Henwood, & Coltart, 2012). Divorce can have a particular impact on men, as they are more often the partner to lose their home, children, and family (Payne et al., 2008). Shiner et al. (2009) reported separation from children being cited as a factor in a number of coroners' suicide inquests, and men's separation from children seemed to be the primary causal factor in some cases.* » (Scourfield & Evans, 2015 : 183)

En France, comme en Grande-Bretagne, on observe effectivement une importance grandissante des obligations parentales. Ce phénomène semble lié à la transformation des formes matrimoniales, à l'allongement de la cohabitation et à la valorisation de l'investissement parental. Les attentes liées aux rôles parentaux s'en voient renforcées (Neyrand, 2015) :

> « *Si les attentes sociales à l'égard des parents sont aujourd'hui si élevées cela renvoie à un triple processus : d'une part, de fragilisation de la position parentale ; d'autre part, d'étirement de la période passée par les enfants au domicile de leurs parents, qui peut parfois largement excéder l'âge officiel de la majorité ; enfin de valorisation continue de l'enfance depuis au moins un demi-siècle. Permise par l'entrée dans la société de consommation et de communication, cette valorisation dans laquelle sont pris les parents s'alimente aussi bien de la diffusion des savoirs des sciences humaines et de la psychanalyse concernant l'enfant, que du renforcement des droits de l'enfant favorisé par la fragilisation conjugale et familiale. Si aujourd'hui ce n'est plus le mariage mais la venue de l'enfant qui fait famille, cela confère à l'enfant une centralité d'autant plus grande qu'il se fait plus rare qu'autrefois, qu'il demeure plus longtemps chez ses parents, et que l'attachement affectif qu'il engendre n'a jamais été aussi élevé.* » (Neyrand, 2015 : 281)

Ce renforcement est caractérisé par l'institution d'une norme de coparentalité, valorisant la compétence individuelle des parents et l'importance de l'autonomie de chaque membre du

groupe familial[21]. Déchaux et Herpin soulignent que cette norme de coparentalité s'accompagne *1)* d'une valorisation croissante de l'indifférenciation des rôles masculins et féminins, et *2)* d'une tolérance accrue envers le divorce et l'union hors mariage, l'homosexualité ou le contrôle plus serré de la procréation (Bréchon & Galland, 2010). *La famille tendrait ainsi davantage à devenir un projet personnel où chaque membre doit (essayer de) trouver à s'y réaliser* (nous reviendrons plus loin sur ce processus, en discutant de la suicidalité des femmes).

Loin de représenter une opportunité personnelle nouvelle, la séparation peut non seulement davantage susciter un désaveu personnel, mais elle entraine également le risque d'une fragilisation d'une relation parent-enfant davantage investie. Neyrand suggère que ce phénomène est perceptible lorsque des déséquilibres se sont précocement constitués au sein du couple parental, notamment lorsque les pères sont secondarisés *au cours de la vie commune*[22]. Les données de Shiner montrent à ce propos des cas de suicide masculin où les difficultés avec les enfants ont bien été les déclencheurs centraux du suicide, dans un contexte de rupture conjugale :

> « *Although problems related to children were significantly associated with women's suicides in our sample, none of the women's suicides which we categorised as primarily triggered by relationship breakdown featured separation from children as a core issue. All these cases were men.* […] » (Shiner et al., 2009 : 745)

S'il est complexe de mesurer ce phénomène, la problématique de la séparation parent-enfant chez les hommes pourrait bien représenter une composante nouvelle et spécifique de leur suicidalité. Ce pourrait être particulièrement le cas dans les milieux populaires, déjà fragilisés par les difficultés économiques.

[21] *« À travers le double mouvement de partage de l'autorité parentale et de l'affirmation de l'enfant comme sujet, s'élabore une nouvelle conception de l'autorité qui demande à être légitimée par la reconnaissance d'une compétence (Hurstel, 2001) et s'articule à une gestion dialoguante du consensus familial. »* (Neyrand, 2007 : 148)

[22] *« La monoparentalisation ne signifie donc pas la négation de l'autre parent dans sa dimension biologique (géniteur) et sociale (filiation), mais seulement dans sa dimension éducative et relationnelle. C'est le recentrage sur la mère de cette dimension-là que cautionnent toujours nombre d'attitudes institutionnelles et de représentations sociales. D'où les contradictions dont le droit ne s'est pas complètement débarrassé, alors qu'il a reconnu comme principe général la coparentalité (Commaille, 1994) ; et d'où aussi les contradictions que ressentent les parents séparés face aux conséquences extrêmes de leur position antérieure mitigée. D'un coup, la mère se retrouve seule responsable effective de la quotidienneté de l'enfant, alors que jusque-là elle y était dominante, et le père s'en retrouve plus ou moins écarté alors qu'il y avait une présence. Ce qui rend compte du désarroi de certaines mères et du désespoir de certains pères, pouvant mener les uns ou les autres à la dépression. »* (Neyrand : 2007 : 149)

En effet, *la fragilisation économique entraine la fragilisation d'un groupe familial pour qui l'adhésion au principe d'unité et d'indissolubilité du couple est souvent plus répandue* (Neyrand, 2007a) :

> « *La montée du chômage et la précarisation des emplois les moins qualifiés (Boltanski ; Chiapello, 1999), contribuent à une fragilisation globale des situations familiales des plus démunies, qui risque d'autant plus de déstabiliser les familles que ces familles populaires se pensent de façon unitaire, quasi symbiotique. Elles sont basées sur un couple conçu comme une entité indissoluble, un « couple unité organique » selon l'expression d'Irène Théry (2000) : ces familles sont loin d'adhérer sans réserve au nouveau modèle moderne du « couple duo ». La séparation, dès lors, constituera une catastrophe identitaire dont beaucoup auront du mal à se relever, en particulier les pères.* » (Neyrand, 2007 : 147)

Nous reviendrons plus avant sur ces questions d'investissement personnel dans le couple et dans la parentalité, en analysant la suicidalité féminine. Pour l'heure, dans un contexte où l'importance du choix personnel du partenaire et où l'investissement personnel dans le projet familial sont centraux, le divorce pourrait bien traduire un démenti de l'autonomie et de l'indépendance individuelles. La rupture n'est pas alors vécue comme une opportunité de « se retrouver » et de « se réaliser » mais, bien au contraire, comme le verdict d'une insuffisance personnelle et d'une trop grande dépendance vis-à-vis du partenaire. La séparation pourrait alors susciter un désaveu de la qualité personnelle de l'acteur. Ce serait d'autant plus vrai pour les hommes dans le milieu de vie, issus des classes populaires : la conjugalité étant pour eux une ressource centrale, sa perte est d'autant plus destructrice. On pourra analyser des phénomènes similaires dans le cas de la suicidalité féminine, mais dans un cadre structurellement différent lié aux inégalités de genre dans le couple et la famille.

*

Encore une fois, il est complexe de démontrer l'importance de l'autonomie au regard des données sur le suicide. Les éléments que nous avons tenté de synthétiser dans ce chapitre présentent seulement des pistes d'analyse et d'interprétation, que nous avons essayé de mettre en cohérence, au regard des effets qu'il est possible de prêter aux facteurs économiques et familiaux. Si l'analyse des facteurs démographiques dans le suicide masculin permet de dégager des pistes concernant le renversement de tendance des années 1990 et le resserrement des taux dans le milieu de vie, elle ne rend compte que d'un faisceau fragile d'éléments et non d'une démonstration à proprement parler. L'analyse conjointe des conduites suicidaires létales et non

létales pourrait bien, à ce titre, permette d'approfondir ces éléments. Elle sera, par ailleurs, l'occasion d'aborder la suicidalité féminine et d'en dégager les grandes tendances.

Résumé

Nous avons ici abordé la suicidalité masculine par son pendant le plus saillant : le suicide. Nous avons voulu montrer que les évolutions du suicide au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle semblent être affectées par des mutations sociales et économiques importantes, caractérisées par une valorisation de l'autodétermination individuelle, du choix personnel et de la responsabilité. Chez les hommes, les indicateurs économiques sont, historiquement, davantage liés au taux de suicide. Les crises économiques des années 1970 ont ainsi entrainé des transformations du statut de l'âge, de la capacité des individus en dessous de 50 ans à constituer des projets de vie stratégiquement adaptés, tandis que les âges associés à l'entrée dans le cycle de vie de la retraite ont connu une amélioration de condition, au moins jusqu'à une période récente.

La transformation historique du suicide des jeunes a beaucoup été soulignée dans la littérature. Les hommes avant 50 ans auraient été affectés par les transformations du travail et des comportements matrimoniaux. Ici, nous suggérons que la valorisation et l'intériorisation de la norme d'autonomie et d'indépendance sont associées à ces transformations économiques et démographiques à différents niveaux. C'est bien d'autonomie et de responsabilité qu'il est question chez Chauvel, lorsqu'il analyse le renforcement des inégalités et le morcellement des rapports sociaux de classes (Chauvel, 2001). Les projets sont plus complexes à constituer et l'échec est d'autant plus cuisant pour ceux situés en bas de l'échelle sociale qu'on les aura pourtant jugés seuls responsables de leur destin.

La question de l'autonomie et de l'indépendance des femmes, également, participe des transformations décrites dans la famille. Les transformations des relations matrimoniales auraient, à terme, recomposé autour de l'enfant la norme de ce qui « fait famille », dans un contexte où les parcours familiaux sont plus souples, davantage laissés à la responsabilité des individus. Pour les hommes dans le milieu de vie, l'importance du suicide se comprendrait par un cumul de difficultés à ces âges. D'une part, l'individualisation dans le rapport au travail entrainerait des difficultés accrues chez les classes populaires et, d'autre part, l'augmentation des séparations entrainerait un isolement et des tensions nouvelles, en particulier pour les hommes issus des milieux populaires pour qui les désajustements sont plus importants. C'est ce cumul qui, à ces âges, permettrait de comprendre le resserrement des taux.

Si la valorisation de l'individu autonome semble constituer une composante non négligeable de l'explication des évolutions de la suicidalité masculine, tant par les

transformations du travail que par les transformations de la famille, nous manquons ici d'indicateurs pour étayer notre propos. Nous proposons, pour conforter ces développements, d'interroger à présent les conduites suicidaires non létales *et* létales. Cet exercice permettra de mieux comprendre la suicidalité féminine, de mieux associer les conduites suicidaires létales et non létales et de renforcer notre interprétation vis-à-vis des effets de l'individualisation sur les conduites suicidaires.

1.3 L'accomplissement personnel impossible : les bénéfices de l'approche comparée des conduites suicidaires

Nous venons de suggérer un processus d'individualisation des conduites suicidaires, à partir des données disponibles sur le *suicide accompli*, et plus particulièrement sur le *suicide masculin*. Conformément à ce qui a été précédemment annoncé, nous souhaitons à présent analyser les données disponibles concernant les tentatives de suicide et la suicidalité féminine. Notre objectif est double. D'abord, il s'agit de tirer profit des connaissances relatives aux tentatives de suicide, en considérant qu'un même processus d'individualisation pourrait affecter les problématiques suicidaires létales et non létales. En cela, nous reviendrons sur des éléments abordés concernant la suicidalité masculine. Ensuite, il convient de mieux saisir la suicidalité féminine, qui a trop longtemps été négligée et qui apparait souvent trop radicalement séparée de l'analyse de la suicidalité masculine.

Dans un premier temps, nous aborderons la question de l'autonomie et de l'accomplissement personnel dans la sphère productive. Il s'agira ici, après avoir constaté certaines limites de l'exploitation des données concernant les tentatives de suicide, de souligner l'importance de la réalisation de soi dans le travail en mobilisant des indicateurs qualitatifs (1.3.1). Dans un deuxième temps, on s'intéressera plus précisément aux facteurs familiaux, afin de revenir sur nos propositions antérieures relatives à la recomposition du modèle familial. Ceci sera l'occasion d'étudier plus avant l'effet de ces facteurs sur la suicidalité féminine. Pour mieux comprendre celle-ci, nous reviendrons sur l'inégalité structurelle qui préside aux relations de genre (1.3.2). Enfin, nous terminerons en abordant l'effet des facteurs économiques et des facteurs familiaux sur la suicidalité féminine. On interrogera notamment la transformation des aspirations féminines en matière de travail et les difficultés qui peuvent les contrarier, puis nous verrons la façon dont certains facteurs peuvent conditionner la situation des femmes dans l'espace domestique et favoriser certaines conduites suicidaires (1.3.3).

1.3.1 La réalisation de soi dans la sphère productive : marginalisation et désaveu personnel

Dans l'étude du suicide, nous avons noté l'importance du *morcellement économique et des phénomènes d'exclusion*. Nous avons suggéré que cette transformation économique

s'accompagnait d'une norme dominante faisant de l'autonomie individuelle un idéal de l'action, face auquel les acteurs sont inégalement dotés. Nous avons également suggéré un phénomène d'implication personnel responsabilisant. Il s'agirait maintenant de confronter ces éléments aux données disponibles concernant les tentatives de suicide.

Dans un premier temps, nous essaierons de montrer qu'un processus de marginalisation économique et sociale affecte bel et bien la propension aux tentatives de suicide masculines et féminines, comme dans le cas du suicide masculin. Dans un second temps, nous présenterons des études plus récentes mobilisant des indicateurs qualitatifs, afin de mieux apprécier l'importance de l'investissement personnel dans le travail et ses effets sur les conduites suicidaires. Ces dernières études permettront de montrer plus clairement l'importance de la réalisation de soi et de l'investissement personnel dans le travail aujourd'hui, nuançant et précisant nos propositions antérieures.

La marginalisation économique et sociale dans les tentatives de suicide

Certaines études étrangères concernant les tentatives de suicide suggèrent bien que certaines transformations économiques favorisent les conduites suicidaires chez les populations les moins bien dotées économiquement. En Irlande, Kelleher et ses collaborateurs ont réalisé une étude à Cork city, portant sur la relation entre tentatives de suicide et exclusion sociale et économique (Kelleher et al., 1996). Le marché de l'emploi dans cette ville de 133.271 habitants en 1988, était traditionnellement *Ford and Dunlop Plants* ainsi que l'industrie de construction navale. Cette manne d'emplois industriels s'est effondrée au cours des années 1970 et 1980 tandis que le début des années 1990 a vu émerger des emplois dans l'industrie chimique, pharmaceutique et dans les nouvelles technologies de l'information et de la communication. L'objectif de l'étude était de comparer les taux selon des aires résidentielles prédéfinies, entre l'année 1982 et l'année 1988.

Comme souvent dans la littérature internationale, les auteurs recensent à Cork une majorité d'intoxications médicamenteuses volontaires, ainsi qu'une majorité de tentatives de suicide féminines. Au sein de trois services d'urgences de trois hôpitaux, les auteurs ont recueilli le nombre de tentatives de suicide en considérant l'adresse, l'âge et le sexe des patients[23]. Les taux ont été calculés par rapport à la population des aires résidentielles de la ville.

[23] Les tentatives enregistrées étaient exclusivement des intoxications médicamenteuses : les autres modes présentaient, selon les auteurs, des difficultés en matière d'évaluation de l'intention.

Les auteurs ont calculé, pour chaque aire de la ville, un coefficient de corrélation entre le taux d'intoxication médicamenteuse et l'indice « d'exclusion sociale et économique » (*social deprivation*) – ce dernier estimé par des scores bas en matière d'emploi, de revenu disponible, d'éducation, etc.

Parmi les régions les plus significativement touchées par une transformation des intoxications médicamenteuses, deux régions A et B avaient un taux très faible de tentatives de suicide en 1982, qui a explosé en 1988. La région A a vu sa composition se transformer par un afflux de familles jeunes, tandis que, dans la région B, les maisons individuelles occupées par des propriétaires (*owner-occupied housing*) ont progressivement été remplacées par des hébergements collectifs à bas prix destinés aux jeunes. La région C avait, quant à elle, un taux très élevé de tentatives de suicide en 1982 et un taux faible en 1988. Durant la période considérée, les hébergements à bas prix ont été remplacés par des propriétés privées (*privately owned houses*) et des appartements de standing supérieur. Hormis les zones A, B et C, qui représentent les cas extrêmes, les autres régions décrivent des tendances également nettes : la misère sociale et économique d'une région tend à renforcer le nombre d'intoxications médicamenteuses volontaires, tout comme le rajeunissement de ces régions. *La corrélation s'explique partiellement par le taux de chômage (unemployment rate).*

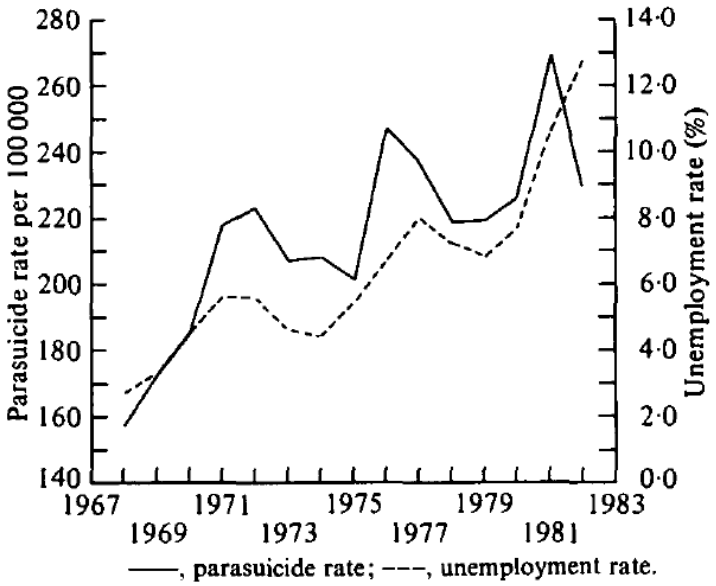
Tableau 3: Relation entre le taux d'intoxication médicamenteuse volontaire et l'indice "d'exclusion sociale"

Variable	Cumulative R^2 value, %	R^2 value, % (if only independent variable)
Unemployment rate	50.9	50.9
% ceased education at 16 or less	62.4	21.1
Average number of children per family	66.7	15.8
Average number of persons per hectare	68.2	15.9
Average number of persons per room	70.3	29.9
% of population under 15 years	70.7	10.8
% of population over 44 years	70.8	14.2
% local authority housing	70.9	39.7
Distress calls per 1000 population	71	27.3
% of one-parent families	71	0

Source: Kelleher et al., 1996: 369

Les travaux de Platt et Kreitman permettent d'affiner la relation entre difficultés économiques et conduites suicidaires (Platt & Kreitman, 1985, 1990). Une première étude concerne les tentatives de suicide masculines (intoxications médicamenteuses) enregistrées par le système de soin à Édimbourg entre 1968 et 1982 (Platt & Kreitman, 1985). Les auteurs montrent que les variations du taux de chômage et du taux de tentatives de suicide sont similaires, et ce, de façon d'autant plus remarquable que la progression des deux courbes n'est pas linéaire. Les mêmes inflexions s'observent aux mêmes périodes (figure 10), à l'exception de la fin de la période qui présente un croisement des courbes. D'un point de vue écologique, Platt et Kreitman mettent à jour des corrélations entre le taux de chômage et le taux de tentatives de suicide masculin entre 1970 et 1972 et entre 1980 et 1982. Ces associations se maintiennent lorsqu'on les calcule sur des aires résidentielles différentes, si l'on contrôle des facteurs de santé physique, de santé mentale ou de handicap.

Figure 9 : Taux de chômage des hommes et tentatives de suicide à Edimbourg, 1968-1982



Source : Platt et Kreitman, 1985 : 116

En réalité, cette relation entre chômage et tentatives de suicide résulterait d'un facteur commun, à savoir le degré de pauvreté des populations et leur position dans l'organisation économique. En effet, l'association entre tentative de suicide masculine et chômage est beaucoup moins marquée, voire disparait, après contrôle du niveau de pauvreté des populations ou du statut professionnel. *On trouverait ici une confirmation supplémentaire du poids exercé par l'exclusion économique et sociale sur la suicidalité masculine. Il s'agirait d'un effet de marginalisation sociale et économique caractérisée par un manque de ressources et une moindre capacité à participer à l'organisation sociale au travers de rôles légitimes et valorisés. Le chômage ne participe que partiellement à cette marginalisation.*

À ce propos, les auteurs avancent l'idée que le chômage entraine un risque plus important de conduites suicidaires au sein des classes sociales élevées, pour qui la recherche d'emploi est pourtant une condition moins répandue. Il est possible ici que le chômage, rare dans les classes supérieures, traduise une difficulté plus importante à maintenir des formes d'attachements et de participation sociale. Au contraire, l'importance du réseau des collègues et du réseau familial pourrait amortir certains effets désintégrateurs du chômage dans les classes populaires, où l'insécurité professionnelle est pourtant bien plus importante. *Si cette proposition n'est pas dénuée de sens, il convient de la manier avec précaution.* Comme nous l'avons vu précédemment, l'importance des réseaux d'interconnaissance et du soutien familial s'est réduite chez les membres de la classe ouvrière, tandis qu'elle demeure aujourd'hui importante dans les catégories socioprofessionnelles élevées. Dans les années 1990, Paugam et Zoyem montraient déjà que le soutien financier fourni par la famille est moins bien assuré pour les ouvriers, qualifié et non qualifié, les inactifs et les agriculteurs (Paugam & Zoyem, 1998). De même, chez les personnes d'origine sociale modeste (père agriculteur, ouvrier, employé, inactif), le soutien reçu est moins important. Le niveau de diplôme bas et l'isolement (femmes et hommes sans enfants et sans conjoints) entrainent également un faible soutien, au moins en matière pécuniaire.

Mais revenons plus précisément sur l'effet du chômage. Nous avons précédemment relevé l'incertitude quant à l'effet du chômage sur le suicide : notamment, on ne trouverait de relations significatives que chez les hommes entre 25 et 49 ans en France, et cette relation est inexistante dans certains pays. *Dans une étude ultérieure*, Platt et Kreitman ont été en mesure de mieux comprendre cette association à propos des taux de tentatives de suicide (Platt &

Kreitman, 1990). À partir de données individuelles, les auteurs ont mis au jour une association positive entre taux de chômage et tentatives de suicide sur la période allant de 1968 à 1977. *Cette association s'observe chez les hommes et chez les femmes*. Elle concerne, en fait, les taux de tentatives de suicide *des personnes en emploi, et non les taux des personnes au chômage, pour qui les comportements suicidaires tendent à se réduire lorsque le chômage augmente*. Ce résultat n'est contre-intuitif qu'en apparence. En effet, il s'agirait là d'une situation d'incertitude globale affectant la capacité à se projeter dans l'avenir, pour les individus en emploi placés dans un contexte où la dégradation du marché ne cesse de s'intensifier : la *dégradation* du marché de l'emploi affecterait davantage les personnes pour qui le coût de sortie est le plus élevé – soit les personnes encore en emploi –, tandis que, pour les chômeurs, l'arrivée de nouveaux entrants « diluerait » le risque. Cette proposition reste cependant sujette à caution. En effet, lorsqu'on considère ces relations sur une période plus longue, les corrélations sont contradictoires[24].

L'étude de Platt et Kreitman montre cependant très clairement que c'est l'effet de marginalisation sociale et économique qui entraine le plus de risque suicidaire. En effet, le taux de tentatives de suicide des personnes au chômage a systématiquement été, de beaucoup, supérieur à celui des personnes en emploi. En particulier, les personnes au chômage depuis 52 semaines présentent un risque de tentative de suicide 3 à 5 fois supérieur à celui des chômeurs depuis moins d'un mois, et 12 à 18 fois supérieur à celui des personnes en emploi. *Ces données, disponibles sur la période 1980-1982, montrent ainsi que la durée du chômage tend à accroitre le risque de tentatives de suicide de manière importante.* Toutefois, elles ne sont malheureusement disponibles que pour les hommes : chez les femmes, les données concernant la durée du chômage n'étant pas disponibles.

Cet effet d'exclusion du marché de l'emploi, mais également des conditions de vie et des pratiques socialement valorisées, touche pourtant bien les femmes. Une étude québécoise plus récente, réalisée par Burrows et ses collègues, s'est intéressée à l'effet des inégalités sur les tentatives de suicide et les suicides (Burrows, Auger, Roy, & Alix, 2010). L'étude a été réalisée dans la Province du Québec. La base MED-ECHO, répertoriant les données relatives aux admissions hospitalières au sein de la province, a permis d'extraire le nombre de tentatives

[24] La corrélation n'est que temporaire, puisque sur la période ultérieure (1978-1987), elle, s'inverse. La relation entre chômage et tentative de suicide reste ainsi relativement obscure.

de suicide prises en charge, tandis que les données relatives aux suicides ont été extraites des statistiques sur les causes de décès produites par le Ministère de la Santé québécois. Les données relatives à l'emploi, l'éducation et le revenu ont fait l'objet d'un calcul d'indice (*social deprivation*) par aires résidentielles. Le décile des aires résidentielles les plus défavorisées et le décile des moins défavorisées, ont été mis en rapport avec les taux de suicide et de tentatives de suicide relatifs à la population de chaque aire. Dans les tentatives de suicide, comme dans les suicides, les aires les plus défavorisées présentent des taux supérieurs par rapport aux aires les plus favorisées. Quelle que soit l'aire considérée, les femmes présentent des taux plus élevés de tentatives de suicide que les hommes. Chez les femmes, les différences varient au cours de la période, mais restent supérieures à celles des hommes de façon générale. *Selon cette étude, donc, l'exclusion économique et sociale semble bel et bien affecter la suicidalité des femmes, puisque les tentatives de suicide sont plus nombreuses chez les femmes résidant dans les aires où l'indice d'exclusion est élevé.*

*

Nous proposons, ici, de considérer qu'un certain démenti de la qualité personnelle des individus *exclus* de la participation économique et sociale tend à favoriser les conduites suicidaires, comme dans le cas du suicide. Le chômage, pour sa part, ne ferait que participer de ce désaveu. Cette marginalisation opère à travers deux médiums. D'une part, un effet lié à l'impossible accès aux statuts et aux conditions de vie désirés – ceux-ci permettant justement de démontrer sa qualité d'acteur, d'escompter une certaine reconnaissance mais également de subvenir à ses besoins matériels. D'autre part, un effet de projection pour les personnes qui craignent de ne plus pouvoir conserver leur statut. L'étude des facteurs économiques suggère ainsi que ceux-ci affectent les tentatives de suicide de la même manière que le suicide. La mobilisation d'indicateurs qualitatifs, issus de la psychologie du travail, permet d'aller plus loin en la matière, en montrant plus clairement le rôle joué dans ce domaine par les contraintes qui pèsent sur l'accomplissement personnel dans le travail.

L'autonomie au cœur des problématiques suicidaires

On peut approcher la question de l'autonomie et de l'investissement personnel dans le travail, à partir d'indicateurs mobilisés en sociologie et psychologie du travail et des organisations. Ces indicateurs permettent une observation plus fine des désajustements entre

attentes individuelles et exigences de l'organisation du travail, et permettent de mieux saisir les risques de conduites suicidaires.

Premièrement, l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel (SIP) menée par la DREES et la DARES en 2010 s'est intéressée aux pensées suicidaires selon l'emploi (Observatoire National du Suicide, 2014). Ce travail constitue un apport intéressant en la matière, dans la mesure où il permet de saisir qualitativement et statistiquement le rapport entre conduites suicidaires et emploi. Comme pour l'étude du risque suicidaire grave, il existe des différences de populations entre tentatives de suicide et pensées suicidaires. En effet, si les tentatives de suicide sont majoritairement féminines, comme les pensées suicidaires, les populations présentant des pensées suicidaires sont généralement moins jeunes. La classe d'âge des 45-54 ans représente le pic le plus important chez les hommes comme chez les femmes et les classes d'âge plus jeunes sont moins touchées (Observatoire National du Suicide, 2016). Les éléments que cette enquête met en avant se limitent donc à un phénomène suicidaire bien spécifique, mais il est particulièrement intéressant de les noter ici.

Les données de l'enquête SIP suggèrent d'abord un certain effet d'exclusion du marché du travail : 63% des personnes présentant des pensées suicidaires sont en emploi, alors que plus de 80% des personnes non suicidaires le sont. Parmi les personnes présentant des pensées suicidaires, près d'un tiers sont dans un emploi à temps partiel, alors que moins d'un quart des personnes non suicidaires le sont. La précarité semble ainsi davantage associée aux pensées suicidaires. L'exposition aux risques psychosociaux au travail touche davantage les personnes suicidaires. Également, la hiérarchie socioprofessionnelle décrite dans le suicide se retrouve dans la mesure des pensées suicidaires : 39% des personnes non suicidaires sont cadres ou de profession intermédiaire, tandis que seulement 30% des personnes suicidaires le sont ; de même, 51% des personnes non suicidaires sont ouvriers ou employés, alors que 63% des personnes suicidaires font partie de ces catégories socio-professionnelles.

Mais l'élément qui nous semble ici le plus intéressant concerne l'importance de l'investissement personnel dans le travail. Une première tendance relevée indique une importance démesurée de l'emploi actuellement occupé ou de la recherche d'emploi : les personnes suicidaires déclarent plus souvent que leur emploi, ou leur recherche d'emploi est « plus important que tout le reste », soit 18% de ces personnes contre 5% des non-suicidaires. Une seconde tendance décrit l'extrême inverse, à savoir la moindre valeur accordée à cette

dimension : les personnes suicidaires déclarent plus souvent que l'emploi ou sa recherche n'ont que peu d'importance, soit 12% de ces personnes contre 4% des non-suicidaires.

Ces indications soulèvent la question du surinvestissement dans le travail et des formes de renoncement. Nous suggérons ici que ces deux extrêmes sont la traduction d'un désajustement entre des aspirations professionnelles et sociales et leur possibilité concrète de réalisation. L'impossible accession à l'emploi ou l'importance des difficultés dans l'emploi peut entrainer *1)* une attitude de surinvestissement dans cette dimension : le travail constituant tout pour l'individu sans que celui-ci ne parvienne à satisfaire ses attentes. À l'inverse, la recherche d'emploi ou les difficultés de l'activité actuellement occupée pourraient entrainer *2)* une résignation subie et vécue dans l'indifférence : le travail ne suscite plus d'attente en la matière, étant considéré comme hors du champ des possibilités d'accomplissement de la personne. Or, ici, il apparait que ce rapport au travail renvoie bien à la valeur que chacun est en droit de s'attribuer.

Ces propositions mériteraient d'être interrogées dans les cas de tentatives de suicide ou du suicide, soit lorsque la tension liée à l'activité a été menée jusqu'à son point de rupture, et d'être étayées à l'aide d'indicateurs plus précis. C'est justement le cas de l'enquête statistique qualitative menée par François et ses collaborateurs. Celle-ci analyse les problématiques relatives aux situations de travail auprès de 87 personnes en emploi, prises en charge au sein d'une unité spécialisée du CHU d'Angers pour tentative de suicide (François et al., 2011, 2012).

L'enquête permet de questionner plus directement l'importance de la réalisation de soi et de la satisfaction au travail. Elle repose sur la passation d'un questionnaire de Karasek, soit d'un outil psychométrique composé de 26 questions ayant trait à trois dimensions constitutives de l'environnement psychosocial au travail : *1)* la *demande « psychologique »* – c'est-à-dire la rapidité, l'intensité et l'imprévisibilité des tâches demandées – ; *2)* la *latitude décisionnelle* – il s'agit de la marge de manœuvre dont dispose le salarié dans son activité, la mobilisation des compétences et leur développement – ; et *3)* le *soutien social* sur le lieu de travail – soit le soutien professionnel et émotionnel fourni par les collaborateurs et les supérieurs hiérarchiques (Guignon, NiedHammer, & Sandret, 2008). L'aspiration à l'autonomie et au développement de soi dans le travail, qui s'exprime par un jugement subjectif de l'individu vis-à-vis de sa latitude décisionnelle (considérer l'autonomie disponible dans son travail, avoir la possibilité de développer ses compétences propres), participe pleinement de cet indicateur.

En calculant la médiane des scores obtenus sur chaque dimension, l'outil permet la mise à jour de quatre types de situations de travail : *1)* la *situation active* est caractérisée par une forte demande psychologique et une forte latitude ; *2)* la *situation passive* est caractérisée par une faible demande psychologique et une faible latitude ; *3)* la *situation détendue* est caractérisée par une demande psychologique faible et une autonomie importante ; et *4)* la *situation tendue* est caractérisée par une demande psychologique forte et une latitude faible.

L'enquête montre que le stress au travail est, de manière générale, 2 fois plus élevé qu'en population générale. La pression à la rentabilité, l'ambiguïté des rôles (injonctions contradictoires), l'instabilité des tâches à réaliser, les menaces et humiliations, les conflits, les horaires importants et l'absence de reconnaissance symbolique et financière caractérisent les réponses des suicidants. Les situations tendues – soit une forte tension entre une demande importante et une marge de manœuvre faible ou obsolète ne permettant pas le développement des compétences et compliquant la réalisation des tâches – sont deux fois plus importantes dans l'échantillon des suicidants qu'en population générale. Par ailleurs, ces situations touchent davantage les catégories socio-professionnelles de moindre qualification, comme les ouvrier(e)s et les employé(e)s. La situation active – soit une demande forte accompagnée d'une marge d'autonomie importante permettant de s'ajuster aux demandes –, est également surreprésentée dans l'échantillon. C'est une situation probablement plus typique des cadres, chez qui Bourgoin avait déjà noté l'importance du suicide (Bourgoin, 1999). En effet, bien que généralement inférieur aux autres catégories professionnelles, le suicide chez les cadres semble relativement important compte tenu du niveau d'éducation et de rémunération de cette catégorie.

Dans l'ensemble, le manque de reconnaissance même du travail (par des rétributions financières ou symboliques) ainsi que l'impossibilité de réaliser son travail selon les valeurs des travailleurs sont soulignés : l'investissement que l'on porte à son travail porte directement atteinte au travailleur quand il n'a pas la possibilité de réaliser son activité selon les valeurs qu'il lui attribue et qui permettent à l'individu de se valoriser en propre. L'enquête montre, enfin, que les personnes âgées de 40 à 59 ans sont surexposées « *à une surcharge de travail, une qualité difficile à atteindre, une rentabilité difficile à atteindre et des délais à respecter* » (François et al., 2011), sans toutefois présenter davantage de situations tendues. Dans une analyse plus approfondie (François et al., 2012), les auteurs proposent de différencier entre les

suicidants dont la problématique est consciemment associée au travail et ceux, actifs et en emploi, n'estimant pas que leur geste est directement lié à leur activité professionnelle.

Trente-deux pour cent des suicidants estiment leur geste associé au travail. Chez eux, l'organisation problématique du travail semble davantage impliquée. On retrouve de façon prépondérante des demandes psychologiques importantes ou inadaptées :

> « *Les facteurs d'organisations pathogènes du travail sont également plus fréquemment retrouvés dans le groupe des tentatives de suicide liées au travail. Les suicidants de ce groupe évoquent davantage des délais à respecter, des dérangements fréquents, une surcharge de travail, des exigences du public à supporter, des tâches mal définies, des injonctions contradictoires, une qualité et une rentabilité difficile à atteindre, un travail en sous-effectif, des mutations subies, des glissements de tâches, une sous-charge de travail et une rémunération au rendement.* » (François et al., 2012 : 115)

La sous-charge de travail, comme la surcharge, semblent davantage impliquées : la possibilité de se réaliser dans le travail est contrariée par l'importance des tâches ou, au contraire, par l'absence d'enjeux dans l'activité. La question de la reconnaissance professionnelle est plus saillante dans le groupe où il parait possible de relier directement les tentatives de suicide aux problématiques professionnelles. Enfin, les situations de travail tendues et actives sont plus importantes dans ce groupe, et les situations dites « *d'iso strain* » – à savoir les situations tendues présentant également un soutien social faible – y sont également plus représentées.

*

Cette étude est intéressante à plus d'un titre. Elle montre un lien entre, d'une part, le risque de tentative de suicide et, d'autre part, les difficultés d'ajustements face aux exigences du travail et l'impossible développement des compétences que l'individu souhaite actualiser et l'autonomie qu'il espère mettre à profit dans l'activité. L'analyse différenciée montre que les hommes jugent davantage leur situation comme étant associée aux conditions de travail. On retrouve ainsi, dans la manière dont les suicidants pensent les raisons qui ont motivé leur conduite, une certaine importance des normes culturelles associant au travail une importance supérieure chez les hommes. L'analyse montre pourtant qu'au-delà des motifs, les femmes présentent en général davantage de situations *tendues* que les hommes et elles sont davantage représentées dans l'échantillon. En tout état de cause, ces enquêtes sont intéressantes pour mieux comprendre les difficultés rencontrées par les individus et leurs attentes vis-à-vis du

travail. C'est parce que l'acteur s'investit personnellement que les contraintes qui pèsent sur réalisation de soi dans le travail l'affectent.

La mobilisation d'indicateurs plus qualitatifs semble permettre de mieux saisir la relation entre, d'une part, les conduites suicidaires et d'autre part, l'insécurité professionnelle, l'exclusion sociale et économique et l'impossible réalisation de soi dans l'emploi. Cependant, la cohérence des résultats et la fiabilité des indicateurs restent à être consolidées et complétées. Dominique Méda a souligné les limites de l'évaluation subjective du rapport au travail dans les enquêtes sociologiques ayant trait à l'analyse des valeurs et de la satisfaction associées au travail (Méda, 2010). L'auteure montre que l'importance du travail pour les Français, et l'importance de sa dimension expressive ne sauraient être appréhendées exclusivement par les déclarations subjectives des individus, dans la mesure où *1)* des formes de justifications et de pression culturelle peuvent pousser les individus à donner des réponses convenues, et où *2)* la dimension matérielle du travail (le type de poste, ses contraintes et les bénéfices économiques qu'on peut en tirer) constitue également un principe de reconnaissance sociale qui affecte la conception du travail et, par conséquent, l'investissement dans ce dernier. Plusieurs formes d'investissements dans le travail sont alors possibles, et celle de l'investissement personnel et de l'aspiration à s'exprimer en tant qu'individu dans le travail n'est pas l'unique vecteur de satisfaction :

> « […] *le travail présente aujourd'hui dans les sociétés occidentales plusieurs significations en même temps et est susceptible d'être le support de plusieurs types d'attentes simultanément.* » (Méda, 2010 : 130)

Méda suggère, d'une part, que c'est davantage un *équilibre* entre la dimension expressive (réalisation de soi) et la dimension matérielle du travail qui est généralement recherché. D'autre part, elle note, avec pertinence, que « *la volonté de s'exprimer, et notamment d'exprimer sa subjectivité, ne se manifeste pas qu'à l'occasion du travail, mais dans diverses activités de la vie.* » (Méda, 2010). Mais encore faut-il avoir la possibilité de parvenir à cet équilibre ou bien encore, à l'inverse, de se satisfaire d'un renoncement relatif à l'expression de soi dans le travail.

En Allemagne, les résultats de l'autopsie psychologique réalisée par Schneider et son équipe montrent que des tâches jugées monotones et une demande psychologique élevée

aggravent le risque de suicide chez les travailleurs allemands (Schneider et al., 2011). Au sein d'un échantillon de 163 suicides accomplis entre 1999 et 2000 à Francfort, *ces relations demeurent significatives après contrôle des facteurs psychiatriques et des statuts matrimoniaux*.

Si l'importance de l'accomplissement personnel est bien une exigence qui structure aujourd'hui le rapport au travail, on comprend bien les difficultés ici décrites chez les travailleu(ses)rs, qui affectent en propre leurs risques suicidaires. Mais, au-delà des difficultés liées aux exigences mêmes du travail, l'étude de Schneider et ses collaborateurs suggère également que la stabilité professionnelle permet la capacité de projection dans un cadre sécurisant et valorisant (Schneider et al., 2011). Les auteurs identifient ainsi chez les personnes en emploi des risques trois fois plus élevés de suicide lorsque la stabilité de l'emploi est faible sur les cinq dernières années. Comme dans les études précédentes, l'exclusion plus nette, sinon plus définitive, de l'activité économique entraine les risques les plus élevés : *le chômage est le statut qui induit ici le plus de risque de suicide*, tout comme le statut de retraité et d'inactif. *Ces résultats sont, encore une fois, significatifs après contrôle des facteurs psychiatriques et du statut matrimonial*. L'analyse multivariée montre, finalement, que le chômage et la présence d'un trouble mental induisent les risques les plus importants : le risque est multiplié par 16 pour le chômage, et par 13 pour les troubles mentaux. Notons, par ailleurs, que le statut de femme ou d'homme au foyer présente également l'un des risques les plus élevés de l'étude : le risque est multiplié par 6.

Si ces études semblent conclure à des résultats similaires, certaines enquêtes ne vont pas dans ce sens. On remarquera, cependant, qu'elles ne mettent pas à mal la relation de sens entre travail et réalisation personnelle. En Allemagne, dans une étude menée sur 28 cas de suicide au sein d'un échantillon de 6817 personnes suivies sur une période de 12,6 ans, Baumert et son équipe n'ont trouvé aucune association entre, d'une part, *des facteurs de stress psychologiques liés au travail* (interruptions et perturbations dans le travail, urgence dans la prise de décision, haut niveau de responsabilité et forte compétition), *les situations pathogènes du modèle de Karasek* (demande psychologique, liberté décisionnelle, soutien social) et, d'autre part, *le risque de suicide* (Baumert et al., 2014). Cette relation n'est pas significative au regard des

effets exercés en propre par le sexe, l'âge, la consommation d'alcool, la dépression, le niveau d'éducation, l'obésité et le tabagisme.

Au regard des données subjectives, la réalisation de soi n'est donc pas déterminante. Toutefois, la mesure *objective* des facteurs de stress relatifs aux conditions physiques et « chronobiologiques » du travail – soit les contraintes objectives liées aux conditions de travail (horaires de nuit, heures supplémentaires, travail posté, charges physiques, dangerosité, bruit, etc.) – permet d'établir une relation significative entre ces facteurs et le risque de suicide. Ces derniers résultats indiquent, *a minima, à notre sens,* que l'activité professionnelle constitue un facteur bien moins protecteur lorsqu'elle implique des conditions objectives de travail – telles que les cadences importantes, la désynchronisation des rythmes de travail, la surcharge de travail, notamment en termes horaires, l'affaiblissement physique ou la dangerosité des tâches – qui rendent bien plus compliqué l'accomplissement personnel, à la fois *dans le travail,* mais également *dans le domaine privé*.

*

Il semble bien que ces études mettent en exergue une difficulté liée à l'accomplissement personnel des individus, auquel le travail participe de façon centrale. Malgré leurs limites, elles suggèrent un désaveu personnel chez les acteurs, lié à l'impossibilité ou la difficulté à valoriser leur participation productive en société. Même pour ceux qui disposent d'une activité, celle-ci peut représenter une charge oppressante rendant impossible l'épanouissement et la reconnaissance escomptée par l'activité, malgré l'implication des acteurs. Tout en exigeant un investissement personnel croissant, le rapport au travail ne saurait constituer un espace d'accomplissement et d'épanouissement de soi lorsqu'il oblige à une stricte exigence d'exécutant dans laquelle les individus ne trouveraient pas matière à faire valoir leur qualité professionnelle et personnelle, ou lorsque ces exigences sont telles que leur bonne réalisation est tout simplement impossible. Quand bien même les individus ne rechercheraient pas dans le travail lui-même reconnaissance et possibilité de se valoriser, investissant davantage leurs aspirations dans d'autres domaines, les difficultés objectives du travail et son insécurité ne sont pas sans effet sur les investissements dans d'autres dimensions de la vie sociale.

Nous suggérons ainsi que le travail représente bien un vecteur central d'intégration sociale et un espace d'investissement personnel. À partir de huit dispositifs d'enquêtes menées

entre 1981 et 2005 en France et en Europe, Méda (2010) note que le travail demeure central pour les Français et que la dimension expressive de l'activité est structurante dans la majorité des cas. L'auteure souligne notamment, à la suite des travaux de Baudelot et Gollac (2003), que le travail est « *d'autant plus considéré comme important qu'il manque* ». Et, en effet, cette aspiration parfois inaccessible ou extrêmement incertaine est l'une des dimensions qui semble le plus affecter le suicide. À travers l'impossible accès à l'emploi, c'est l'intégration à la vie en société qui semble fortement menacée.

*

Si l'individualisation n'est pas un processus homogène et monolithique qui s'impose à chacun, et si cette dimension n'est pas l'unique facteur déterminant le suicide, l'importance de l'autonomie, de l'initiative et de la réalisation de soi, de la démonstration d'une performance proprement personnelle et du développement des compétences individuelles dans le travail, pourrait bien entrainer des difficultés croissantes pour les acteurs ne disposant pas des ressources suffisantes et des positions nécessaires pour satisfaire ces exigences. C'est ce tournant qualitatif qui toucherait les travailleurs aujourd'hui, pour qui les exigences s'accumulent sans qu'ils ne puissent faire valoir ni compétence, ni initiative, ni singularité, ou seulement à la marge, au risque de l'épuisement. Le suicide et la tentative de suicide pourraient être traduits ici dans les termes de l'*insuffisance personnelle, c'est-à-dire d'une défaillance dont l'origine est pensée par les individus comme individuelle lorsque ces tensions liées au travail ou à sa privation arrivent à leur point de rupture.*

1.3.2 L'individualisation des femmes : recomposition familiale et investissement personnel

Il convient maintenant d'aborder une dimension tout aussi structurante de la suicidalité contemporaine, ayant trait aux facteurs familiaux. Comme nous l'avons suggéré, les transformations familiales du XX^{ème} siècle semblent être le signe d'un processus d'individualisation enjoignant les individus à davantage valoriser leur choix personnel, leur capacité d'autodétermination et de contrôle de leur trajectoire familiale. Robert Castel a souligné l'importance du processus d'individualisation dans le rapport à la famille, notant que ses transformations représentent un phénomène au moins aussi important que les transformations décrites dans le rapport au travail (Castel, 2009) :

> « *Je pense toutefois aujourd'hui qu'il faudrait accorder une place plus spécifique que je ne l'ai fait à ce que Louis Roussel appelle la « désinstitutionnalisation de la famille » (La Famille incertaine, Paris, Odile Jacob, 1989). Il est significatif que s'opère à partir du milieu des années 1990 une transformation fondamentale des relations familiales dans le sens de leur contractualisation, selon une chronologie voisine de celle qui affecte les institutions du travail, mais sans que l'on puisse établir pour autant une stricte relation de causalité dans un sens ou dans un autre. Cependant, cette transformation de la famille a une importance peut-être aussi fondamentale que celle qui a affecté le travail, car elle remet en question la structure familiale traditionnelle à travers laquelle s'effectue la filiation à l'articulation du biologique et du social. Son rôle est apparemment aussi décisif pour conduire à une « société des individus » que les transformations du travail.* » (Castel, 2009 : 47)

Ces évolutions exigent des acteurs la maitrise de compétences nouvelles et la mobilisation de ressources adéquates. L'étude des tentatives de suicide pourra peut-être nous éclairer au sujet de cette relation entre les conduites suicidaires et les facteurs familiaux.

Nous avons pointé, dans un précédent chapitre consacré aux évolutions du suicide masculin, une recomposition du lien familial au cours des années 1980, permettant notamment de comprendre un cumul de difficultés chez les hommes dans le milieu de vie. Il s'agirait ici de revenir sur ces rapports entre facteurs familiaux et conduites suicidaires, afin de cerner les éléments de cette recomposition du modèle familial, et dans le but de préciser certaines spécificités de la suicidalité féminine contemporaine. Si les études précédemment présentées montrent que l'individualisation du travail affecte également les femmes, nous mettrons ici temporairement de côté cet aspect de la suicidalité féminine. Il sera nécessaire d'y revenir, en fin de chapitre, à la lumière des exigences qui leur incombent dans le domaine familial.

Les tentatives de suicide et la recomposition de la famille

Depuis Durkheim, la nuptialité et la natalité protègent du suicide, quand le célibat, le veuvage et le divorce aggravent ses taux. Concernant les enfants, Durkheim indique que les statuts de mère et de père protègent bien du suicide, et les données d'Halbwachs montrent que, lorsque le nombre d'enfants croît, les taux de suicide diminuent. Les femmes seraient davantage préservées par la présence d'enfants dans le foyer familial :

> « *Ainsi, non seulement la femme mariée est plus préservée que l'homme marié contre le suicide, lorsque le mariage ne se réduit pas à l'union conjugale, et qu'elle a un enfant, mais elle l'est exactement deux fois plus encore lorsque, au lieu de n'avoir qu'un enfant, elle en a plusieurs. Il en est de même des veuves. Durkheim, s'appuyant sur les données françaises pour 1861-1868, et sur un tableau (suicides dans les départements français, moins la Seine, en 1889-1891) qu'il avait établi avec les documents inédits du ministère de la Justice, avait montré que les mariés des deux sexes et les veufs des deux sexes se tuaient plus lorsqu'ils n'ont pas d'enfant que lorsqu'ils ont des enfants. Les données russes nous apprennent (ce que Durkheim prévoyait, mais qu'il ne pouvait démontrer, faute de données) qu'il y a, à cet égard, une différence encore plus marquée entre les ménages qui n'ont qu'un enfant et ceux qui en ont plusieurs.* » (Halbwachs, 2002 : 178)

Comme nous l'avons précédemment suggéré, les transformations des formes matrimoniales ont sensiblement affecté ces associations. Elles n'ont pas annulé l'effet protecteur du mariage, mais elles ont induit d'autres formes d'unions légitimes qui préservent également des conduites suicidaires. Le célibat devenant une catégorie de plus en plus hétérogène, la protection par le mariage deviendrait relativement moins importante. De plus, le lien familial serait davantage structuré par la présence des enfants, et le rapport conjugal comme le rapport de filiation ferait l'objet d'un investissement plus personnel, moins tributaire des règles traditionnelles. *L'étude des tentatives de suicide pourrait permettre d'éclairer ces transformations, ou, tout du moins, d'indiquer des sensibilités de même nature que dans le suicide.*

*

L'étude des tentatives de suicide selon le statut matrimonial n'est pas disponible dans les données d'hospitalisation. Concernant les tentatives de suicide déclarées au cours des 12 derniers mois, l'enquête du Baromètre Santé 2010 indique seulement la sensibilité des hommes à l'isolement (Beck et al., 2011). On retrouve dans l'étude des tentatives de suicide déclarées au Baromètre Santé 2014 un risque accru de tentatives de suicide chez celles et ceux vivant

seuls (les hommes et les femmes étant ici confondus) (Robert, Léon, & Roscoät, 2017). C'est par l'étude du *risque suicidaire grave* que l'on peut décrire plus précisément les relations entre statut matrimonial et suicidalité : la qualité des indicateurs permet alors des approfondissements intéressants. Cependant, l'étude du *risque suicidaire grave* présente certaines limites.

L'analyse du risque suicidaire grave consiste en l'étude conjointe *1)* des personnes ayant déclaré des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois *ainsi que* des antécédents de tentatives de suicide *au cours de la vie ; 2)* des personnes ayant déclaré avoir réalisé une tentative de suicide *au cours des douze derniers mois*. Or, si le risque suicidaire grave est un phénomène majoritairement féminin, comme les tentatives de suicide, il est, au contraire d'une partie de ces dernières, très représenté dans les catégories d'âge du milieu de vie. Le risque suicidaire grave recouvre donc un phénomène sensiblement différent des tentatives de suicide hospitalisées ou déclarées au cours de l'année écoulée. Cependant, son étude met à jour certains éléments importants pour saisir la vulnérabilité suicidaire dans le milieu de vie. Nous présenterons ici l'analyse menée par Anne-Sophie Cousteaux et Jean-Louis Pan Ké Shon concernant ce phénomène, issue des données du Baromètre Santé 2005 (Cousteaux & Pan Ké Shon, 2008).

L'étude menée par Cousteaux et Pan Ké Shon sur le risque suicidaire grave indique que les femmes et les hommes tirent, de façon générale, un certain avantage de la vie familiale, quel que soit le type d'union (mariage ou concubinage). Elle montre, à ce titre, que les nouvelles formes d'unions libres protègent généralement du risque suicidaire grave, même si c'est à un degré moindre que le mariage. En effet, ce dernier demeure le facteur *le plus protecteur* parmi les statuts matrimoniaux, avec ou sans enfant : le mariage avec enfant est ici la catégorie-référence pour l'analyse du risque. Mais l'étude révèle que la présence d'enfant(s) est centrale pour saisir la protection accordée par le concubinage : le concubinage avec enfant présente un risque équivalent à celui du mariage avec ou sans enfant (on n'observe aucune différence significative entre ces statuts). *En d'autres termes, la protection face au risque suicidaire est aussi importante que chez les personnes mariées lorsque le noyau familial est constitué d'un couple structuré par des rôles parentaux. Ces éléments confortent l'idée que la norme familiale s'est bien renforcée autour de l'enfant, ou, du moins, que l'importance de celui-ci assure une protection similaire dans le cas d'une union moderne.*

Si, comme on l'a suggéré précédemment, la famille devient, à bien des égards, une « affaire privée » et un espace privilégié de réalisation de soi, l'enfant constitue une composante centrale du modèle familial contemporain. Ce faisant, il représente un point de tensions et de préoccupations important, tant il constitue une manière légitime de former un foyer, quel que soit le type d'union considérée.

*

Les données sur le risque suicidaire grave en France confirment également une protection supérieure des hommes lorsqu'ils sont mariés ou en concubinage (Cousteaux & Pan Ké Shon, 2008). D'abord, chez les hommes, le concubinage est, après le mariage, le statut le plus protecteur. Avec enfant, le risque suicidaire des concubins est, comme on l'a dit, équivalent à celui des mariés. Cependant, même sans enfants, les hommes en concubinage présentent un risque suicidaire grave moins important (1,17) que les hommes d'un autre statut matrimonial (célibat (1,44), veuvage sans enfant (1,50), monoparentalité (1,75), divorce sans enfant (1,99)). On peut, par ailleurs, confirmer la sensibilité plus importante des hommes au lien conjugal dans la différence homme/femme face au risque suicidaire grave chez les célibataires. En effet, les contraintes associées au célibat semblent affecter davantage les hommes que les femmes : le risque suicidaire chez les hommes célibataires est de 1,44 alors qu'il est significativement moindre chez les femmes, de l'ordre de 0,68.

Rappelons ici que *1)* la sensibilité des hommes vis-à-vis du lien conjugal et *2)* l'importance du rapport de filiation, contribuent à l'explication de la vulnérabilité suicidaire masculine dans le milieu de vie. La séparation et le divorce chez les personnes sans enfant représentent, ici, le facteur de risque le plus important de l'étude, chez les hommes comme chez les femmes. Si l'étude ne permet pas de confirmer pleinement un cumul de facteurs pour les hommes dans le milieu de vie, le travail de Cousteaux et de Pan Ké Shon montre bien des tendances communes, précédemment relevées, entre suicide et conduites suicidaires non létales. *La suicidalité non létale présente ici les mêmes caractéristiques relevées précédemment : d'une part, la conjugalité protège mieux les hommes que les femmes et, d'autre part, la présence des enfants diminue également la vulnérabilité face au risque suicidaire.* Les indicateurs matrimoniaux ici disponibles permettent des précisions qu'il n'était pas envisageable d'obtenir dans l'étude du suicide. L'enquête permet, à cet égard, de mieux connaitre certaines spécificités de la suicidalité féminine.

*

Chez les femmes, le concubinage sans enfant implique un risque suicidaire élevé (1,04) comparé aux autres statuts comme le célibat (0,68), la monoparentalité (0,72), ou le veuvage (0,97) : seul le divorce sans enfant à charge présente un risque supérieur (1,54). *Ici, la conjugalité hors mariage, quand elle n'accompagne pas la formation d'un noyau familial autour de l'enfant, n'induit pas une protection significative des femmes face au risque suicidaire grave.* Si les hommes bénéficient toujours de la conjugalité (sans enfant, le risque suicidaire grave des concubins n'est pas équivalent à celui des mariés mais il reste relativement faible (1,17)), *les femmes présentent, elles, un risque suicidaire important lorsque la conjugalité hors mariage est la seule composante du foyer*. À ce titre, la protection des femmes serait davantage structurée par la présence des enfants, comme elle l'était déjà dans les données disponibles sur le suicide au XIX^{ème} siècle. Un élément supplémentaire conforte cette observation : les femmes vivent mieux que les hommes l'obligation d'assumer seules les responsabilités parentales. En effet, le risque suicidaire grave des cheffes de famille monoparentale (0,72) est significativement moindre que celui des chefs de famille monoparentale (1,75).

Mais, comme le font remarquer Cousteaux et Pan Ké Shon, si la présence d'enfants au sein du foyer protège les femmes des conduites suicidaires, il convient de mieux qualifier cet effet protecteur. Cousteaux et Pan Ké Shon constatent que la présence d'enfants ne protège pas systématiquement les femmes des troubles dépressifs, en particulier lorsqu'elles sont en concubinage (Cousteaux & Pan Ké Shon, 2008) : la présence d'enfants aggrave le risque de *dépression* lorsque les femmes sont en concubinage (0,42), alors que ce risque n'est pas accru dans le concubinage *sans* enfant (aucune différence significative par rapport aux mariées). Cousteaux et Pan Ké Shon suggèrent que l'effet protecteur des enfants chez les femmes dans le suicide ou dans les tentatives de suicide ne découle pas nécessairement d'un meilleur soutien affectif offert par la filiation, induisant une meilleure santé mentale. Cet effet protecteur pourrait en fait tenir d'une obligation morale interdisant aux femmes d'abandonner leurs enfants :

> « *Si la présence des enfants limite les tendances suicidaires mais que ceux-ci ne protègent pas des autres expressions du mal-être alors leur action ne porte pas sur la protection du mal-être en général mais seulement sur l'acte suicidaire réalisé ou envisagé. Cette tautologie apparente permet de penser que, par rapport aux enfants, la spécificité du suicide est leur abandon de fait au conjoint éventuel. Il*

> *n'est pas étonnant alors que la présence d'enfants pèse justement de tout son poids pour les femmes ne vivant plus avec leur conjoint, leur suicide les conduisant de fait à laisser leurs enfants en proie à un avenir incertain.* » (Cousteaux & Pan Ké Shon, 2008 : 84)

Il convient de rester prudent vis-à-vis de cette proposition. Dans l'enquête Anadep 2005 (Chan Chee, Beck, Sapinho, & Guilbert, 2009), la dépression féminine est plus importante dans le cas d'une vie en couple sans enfant (prévalence à 6,4% des personnes en couple) que dans le cas des couples avec enfant (5,8% des personnes en couple avec enfant). Ces données contredisent celles présentées par Cousteaux et Pan Ké Shon. Cependant, dans cette même enquête (Chan Chee et al., 2009), la charge que peuvent représenter les enfants dans certains foyers est très claire lorsque le nombre d'enfants dépasse 4 : la prévalence de la dépression est alors extrêmement élevée (17,2%), et cette relation n'est pas significative chez les hommes.

Il convient donc de se prémunir contre le mythe de la femme au foyer comblée, satisfaite dès lors qu'elle est mère. Certes, on observe une meilleure protection des femmes par les enfants dans le risque suicidaire grave. Cependant, l'obligation morale jouerait peut-être autant, sinon davantage, que l'attachement à la filiation et la satisfaction ressentie à l'égard du rôle de mère. L'importance de la dépression dans certaines configurations familiales et l'importance de la suicidalité des femmes concubines suggèrent des *difficultés importantes liées aux rôles féminins dans le foyer*. C'est ici le caractère potentiellement aggravant de la conjugalité qui va nous intéresser plus précisément. En effet, si l'aspect protecteur des enfants est ambigu, l'effet de la conjugalité semble distinguer nettement les tendances entre hommes et femmes : les premiers tirent davantage de bénéfices à l'union. Nous proposons de revenir plus précisément sur cette difficulté associée au lien conjugal chez les femmes.

L'investissement personnel dans le couple et l'inégale tension selon le genre

Pour aborder la dynamique des rapports familiaux et leur influence sur les conduites suicidaires *des femmes*, une étude menée par Joyce Stephens, bien qu'ancienne, permet de mieux cerner l'importance des problématiques conjugales dans la constitution des problématiques suicidaires féminines (Stephens, 1985; 1987). Elle consiste en une enquête par entretiens auprès de 50 femmes suicidantes âgées de 18 à 63 ans, avec un âge médian de l'échantillon à 34 ans. L'intérêt de cette enquête réside en ce qu'elle permet de comprendre de façon dynamique le processus suicidaire, avec pour axe principal la question des relations

amoureuses. Au sein de son échantillon, Stephens repère plusieurs types de problématiques relatives aux relations amoureuses. Il s'agit ici d'en décrire la logique d'ensemble.

Stephens observe que la majorité des suicidantes de son échantillon expliquent leurs difficultés et leurs tentatives de suicide par *l'importance des trahisons répétées de leur conjoint et de son manque de considération*. L'auteure décrit une certaine *dépendance affective* que ces femmes contractent à l'égard de la relation amoureuse, qui fait suite à un investissement personnel important dans celle-ci. Cet investissement dans la relation est en fait maintenu dans l'échec, parfois des années durant. Les attentes vis-à-vis du partenaire sont déçues de façon récurrente, mais celui-ci continue pourtant à représenter un espace d'investissement privilégié, induisant une contradiction et une tension qui se renforce avec le temps.

Une petite partie des problématiques observées par Stephens concerne des femmes se plaçant dans une position d'infériorité *totale*. En effet, dans 20% des cas étudiés, les interviewées se décrivent comme étant incapables d'exister en dehors de la relation. Les valeurs promues par ces femmes mettent en avant l'importance et la prépondérance des hommes, leur rôle à la fois protecteur et pourvoyeur de ressources. Le rôle de l'homme est perçu comme une sécurisation de la femme : il domine, protège et stabilise, notamment sur le plan affectif. Dans ce cadre, minoritaire et extrême, la question de l'implication personnelle dans le couple est exacerbée, et fondée sur une répartition inégalitaire des fonctions dans le couple. Ces femmes demandent des démonstrations d'amour et d'affection constantes sans toutefois obtenir satisfaction.

Mais, au-delà de cette minorité de femmes s'appuyant sur des valeurs conservatrices en matière de couple, la démonstration de l'amour et de la considération de la part du conjoint est centrale chez les femmes étudiées par Stephen. Ceci n'est pas sans rappeler l'importance contemporaine de l'intimité dans le couple, qui constitue une composante exacerbée de la conjugalité moderne. En effet, Giddens a suggéré que l'idéal moderne de la relation amoureuse tend à consacrer un couple d'individus dont seules les qualités individuelles, authentiques, entrent en considération (Giddens, 1991). Il appelle ce modèle celui de « l'intimité pure », qui se serait exacerbé dans le même temps que la sexualité s'est détachée plus totalement de sa dimension reproductive – ce qu'il nomme la sexualité malléable ou flexible (*plastic sexuality*). En d'autres termes, à mesure que les relations sexuelles entre partenaires sont devenues moins

entièrement dépendantes de leur dimension reproductive, la relation de couple se serait également autonomisée. Elle impliquerait aujourd'hui davantage l'implication des acteurs, ceux-ci recherchant davantage dans et à travers autrui la démonstration d'une certaine authenticité et d'une certaine singularité. *Il s'agirait là d'un nouvel idéal de la relation, faisant de « l'intimité pure » une aspiration valorisée.*

Dès lors que la sexualité devient davantage une démonstration de l'intimité dans le couple et que l'union contractée vise davantage la recherche de la qualité personnelle et de la reconnaissance de chacun à travers l'autre, l'adultère et le manque d'égards ne peuvent que traduire un échec plus *personnel*, où l'individu lui-même est remis en question. Nous suggérons ainsi que les gestes suicidaires des femmes interrogées par Stephens marquent un désaveu de leur valeur personnelle, dans un contexte où leur investissement ne connaît pas d'aboutissement satisfaisant dans la relation. Les figures de la femme bafouée et trompée de Stephens, qui ne sauraient, certes, résumer à elles seules la suicidalité féminine, traduiraient finalement des désajustements importants liés à la norme d'autonomie.

Il y aurait ici, à proprement parler, un effet du processus d'individualisation dont on a déjà parlé : autonomisation du couple et réalisation de soi dans le projet familial. Si nous précisons maintenant cette conceptualisation à partir des travaux de Giddens, c'est qu'elle permet de mieux saisir les problématiques suicidaires telles qu'elles sont décrites par Stephens. En effet, Giddens note que cette recherche de l'intimité est également une recherche de relations plus égalitaires entre les sexes, conséquence de cette considération de chacun et d'une *négociation* des termes de la relation. Il suggère, à ce titre, que les ressources nécessaires à l'accomplissement de ce modèle reposent sur une stabilité affective, rendue possible par un développement infantile équilibré. *Être un individu autonome nécessite d'acquérir les capacités de distanciation et de réflexivité nécessaires, qui seront réinvesties dans des relations privilégiant justement cette exigence. Or, c'est précisément ce qui ferait défaut chez les femmes interrogées par Stephens.*

En effet, l'auteure souligne que des sévices sexuels, des violences et/ou des manques affectifs importants jalonnent l'enfance de la majorité des suicidantes de son échantillon. L'intimité deviendrait alors problématique au cours de la constitution négociée de la relation amoureuse, ces femmes exigeant une démonstration d'affection trop prononcée, particulièrement dans la partie extrême de son échantillon qui se soumet entièrement au conjoint. Stephens présente, à ce titre, deux trajectoires suicidaires socialement différentes. Une

première trajectoire, nommée « *Humble Pie* » *(« celles qui font amende honorable »)*, concerne des femmes davantage issues de famille de classes moyennes et supérieures. Leur parcours est tôt façonné par des exigences parentales importantes, notamment maternelles, qui les enjoignent à la docilité et à la conformité : elles doivent être des « filles parfaites ». La seconde trajectoire, nommée « *Cheap Thrill* » *(« celles qui ont besoin de sensations fortes »)*, concerne davantage des femmes issues de famille de classes populaires. Elles répondent à la désorganisation de leur environnement familial et à sa violence par des conduites hétéro-agressives et autos agressives, que l'on peut considérer comme des réponses actives aux pressions subies. Les relations familiales violentes, parfois incestueuses, sont reproduites à l'âge adulte dans les relations entretenues avec les compagnons masculins. Les parents de ces suicidantes ont souvent refusé (ou refusent) de participer à la prise en charge psychiatrique et assignent à leur enfant un rôle de « mauvaise fille », faisant porter sur elle la responsabilité des problématiques dont elles souffrent. Les manques d'affection et les tromperies répétées de la part des conjoints ne peuvent finalement être compris par ces femmes que comme une insuffisance personnelle, dans la suite de leur parcours fait d'injonctions responsabilisantes et d'infériorisations.

*

Certains auteurs suggèrent, à cet égard, que la fréquence des abus sexuels chez les femmes est un facteur, sinon principal, du moins central pour comprendre la surreprésentation des femmes parmi les tentatives de suicide (Roy & Janal, 2006). L'enquête du Baromètre Santé 2010 montre, à ce titre, que le fait d'avoir connu des violences sexuelles au cours de sa vie chez les femmes constitue l'un des facteurs de risques de tentatives de suicide (déclarées au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête) les plus importants. Toutefois, cette analyse accorde trop de poids, à notre sens, à une construction « inadaptée » des aspirations féminines. Elle encourt le risque de réduire la vulnérabilité des femmes à une fragilité psychologique ou affective, enfermant l'explication dans un dysfonctionnement individuel et psychologique, là où le facteur acquiert en réalité une signification sociale forte dans un contexte relationnel et normatif socialement déterminé.

Selon Jamieson, notamment, ce modèle ne prend pas suffisamment en considération la structure inégalitaire des rapports de sexes (Jamieson, 1999). En fait, ainsi présenté, ce modèle explicatif ne suffit pas à rendre pleinement compte des tensions vécues par les femmes dans l'espace familial, et se focalise sur l'inadaptation individuelle, précocement construite (sinon

définitivement acquise), davantage que sur les propriétés du contexte. Or, l'intégration des inégalités de genre dans le couple permet justement une compréhension plus sociologique et moins individualisée du phénomène. Jamieson suggère ainsi que l'importance nouvelle de l'investissement personnel, de l'intimité et l'aspiration à l'égalité dans le couple, s'accompagne *surtout* d'arrangements très inégalitaires dans les rapports sociaux de sexes. Or, Jamieson décrit précisément un processus par lequel l'idéal de la « relation pure » et de l'investissement personnel constitue un principe qui permet de *légitimer* la répartition inégalitaire des contraintes selon le genre :

> « *This is not to deny the significance of a sense of equality for a sense of intimacy among many couples. There is a general taken-for-granted assumption that a good relationship will be equal and intimate. Rather it is to suggest that creative energy is deployed in disguising inequality* […] » (Jamieson, 1999 : 485)

En fait, tout se passe comme si les inégalités de genre étaient gommées, déguisées, et minimisées par les acteurs, pour qui cet idéal d'égalité et d'investissement réciproque ne saurait être invalidé au regard de ses conditions concrètes de mise en œuvre dans le couple.

Ainsi, hommes et femmes tendraient à masquer des inégalités structurelles dans l'espace privé selon des compétences propres, considérées comme individuelles : un travail émotionnel serait rempli par les hommes, comme la réassurance et le soutien affectif, légitimant les contraintes chez les femmes. C'est, d'ailleurs, précisément ce travail émotionnel associé à l'homme que les interviewées de Stephens ne trouvaient pas chez leurs partenaires. Sans contrevenir à l'idéal d'une intimité fondée sur la réciprocité des obligations, sur l'égalité des acteurs, il y aurait ici un principe de justification qui permettrait de maintenir l'investissement dans la relation malgré l'inégalité concrète dans le couple. Si ces justifications de l'inégalité des rôles masculins et féminins dans le couple ne sont pas nouvelles, elles s'inscrivent davantage dans un cadre où l'égalité, l'intimité et l'investissement personnel réciproque des partenaires sont plus centraux et guident davantage les attentes du couple ainsi que les modes de justification. C'est en ce sens que nous pouvons ici mieux saisir les enjeux de l'individualisation sur les conduites suicidaires en matière de relation familiale.

Dans la continuité de la théorie de l'engagement (Joule & Beauvois, 2014), on peut penser que les situations décrites par Stephens sont le résultat d'une série d'investissements croissants dans la relation de couple, entrainant un enfermement progressif et inégalitaire. Selon

Joule et Beauvois (2014), à mesure que l'individu s'engage personnellement dans une relation ou une activité, il fournit un travail de plus en plus conséquent de production de sens – un travail de rationalisation et de justification personnelle – permettant d'amoindrir les dissonances, c'est-à-dire les effets non désirés de l'engagement contracté. Dans le cas qui nous intéresse, il y aurait une transformation personnelle « par le bas » (dans la dévalorisation de soi), et un principe d'enfermement croissant. La réduction des dissonances permet de comprendre que l'arrêt du processus est d'autant plus *coûteux* pour les individus que ceux-ci réalisent une transformation *personnelle continuelle* (rationalisation et justification), et que leur investissement ne peut aller que croissant. *Les tromperies* répétées *dévalorisent* in fine *l'image que ces femmes ont d'elles-mêmes à mesure qu'elles réinvestissent la relation et pensent mériter leur condition*. *Le peu d'intérêt porté par le conjoint et son manque d'affection, parfois sa violence, entrainent, finalement, une dévalorisation de soi directement issue de la relation amoureuse.*

*

La structure inégalitaire des rapports de genre constitue ici une *structure de domination,* au sein de laquelle s'exercent des *rapports de pouvoir entre individus*. La proposition de Giddens concernant l'individualisation des rapports de couple concerne, quant à elle, la définition des *normes et des aspirations sociales,* soit une *structure de légitimation*[25]. Jamieson (1999) souligne un désajustement entre, d'une part, l'aspiration croissante à l'égalisation et à la réalisation de soi et, d'autre part, les contraintes réelles liées à une structure de domination présidant aux rapports de sexes. Elle souligne ainsi la difficulté pour les individus à justifier et à légitimer cette domination quand l'idéal normatif invite justement à faire de la relation de couple un espace d'investissement plus personnel, fondé sur la réflexivité d'individus autonomes. *En cela, l'inégalité ne disparait pas dans le cadre d'une « société des individus », mais le modèle normatif fait peser sur les individus la charge d'en amoindrir la visibilité, autant pour soi-même que pour les autres.* La question des inégalités est ainsi au principe de la tension vécue par les femmes dans le couple et dans l'espace domestique. La tension vécue par ces femmes est double, tant celles-ci doivent subir l'inégalité tout en fournissant un effort de

[25] C'est ici une distinction que Jamieson ne voit ou ne considère pas. François Chazel, en lecteur attentif des travaux théoriques menés par Giddens dans les années 1970 (Chazel, 1983), rappelle bien que la *structure de légitimation* de l'ordre social *ne se confond pas* avec la *structure de domination*: la première ne constitue pas une dimension complémentaire et *nécessaire* de la seconde. Il souligne, à ce titre, que la structure de domination constitue un système de *ressources* inégalement distribuées au travers duquel le *pouvoir* s'exerce relationnellement (dans l'interaction), tandis que la *structure de légitimation* est un système de *normes sociales* établissant un *ordre moral*, et définissant des *aspirations*.

justification, sans quoi elles encourent le risque d'invalider la relation même et, à travers elle, leur valeur personnelle.

C'est justement cette impossibilité d'ajustement qui serait, à notre sens, au principe de certaines problématiques suicidaires féminines modernes. Il ne faudrait pas attribuer à l'union, ici, un effet systématiquement néfaste lié aux tensions qui la traversent. Chez les hommes comme chez les femmes, l'union est globalement un facteur protecteur, et c'est davantage la rupture et l'isolement qui tendent à favoriser les conduites suicidaires. Par ailleurs, cette tension inhérente aux relations inégalitaires dans le couple, quand elle est dominante, n'entraine évidemment pas systématiquement une contradiction telle que les femmes préfèrent s'évader par le suicide plutôt que de mettre fin à la relation ou la remanier. Cependant, cette tension pourrait bien parvenir à son point de rupture lorsque la succession de démentis restreint davantage les alternatives possibles et enferme les individus, comme c'est davantage le cas pour les personnes ayant subi des violences dans l'enfance ou ayant subi des violences conjugales, davantage enfermées dans un processus qui les domine.

Pour les hommes comme pour les femmes, il convient donc de replacer, autant que possible, ces processus dans des trajectoires qui mettent en défaut la qualité des individus. Si la prise en compte des singularités individuelles et des facteurs proprement psychologiques et psychiatriques est essentielle pour mieux comprendre le suicide, la littérature scientifique a longtemps réduit la suicidalité féminine à la question des troubles mentaux et d'une émotivité marquée, tandis qu'elle a expliqué le suicide des hommes par l'adversité et l'exclusion sociale (Canetto, 1992). Ce que l'étude des tentatives de suicide féminines nous apprend ici, c'est que, pour les hommes comme pour les femmes, les facteurs individuels ne sauraient constituer à eux seuls une explication satisfaisante. *D'abord, il convient de situer la trajectoire individuelle et la position des acteurs dans un contexte social, un univers culturel et normatif donné et une structure d'inégalité permettant de comprendre les formes de désajustements en jeu. Ensuite, si la vulnérabilité individuelle et psychologique, les carences affectives précoces et les violences dans l'enfance favorisent très certainement les désajustements futurs, nous suggérons de ne pas réduire l'explication de la suicidalité, masculine comme féminine, à la seule question d'une inadaptation individuelle : les inégalités de genre favorisent peut-être autant, sinon plus, les conduites suicidaires, et elles sont justement caractérisées par des problématiques*

d'exclusion sociale et de marginalisation, sur lesquelles nous souhaitons revenir en conclusion de ce chapitre.

1.3.3 Exclusion et marginalisation dans les conduites suicidaires féminines

L'importance nouvelle de l'autonomie et de la réalisation de soi, dans le rapport au travail mais également dans les rapports familiaux, nous est apparue centrale pour comprendre la suicidalité masculine et féminine contemporaine. Cependant, nous avons précédemment noté la difficulté à cerner le rapport entre suicidalité féminine et travail. En effet, il est souvent mentionné dans les études sur le suicide que les femmes sont moins sensibles au chômage :

> « *In general, the unemployement-suicide link has been confirmed for three of four research methodologies. Evidence suggests, however, that male suicide rates – males being more tied to careers than females – are more sensitive to economic downturns than are female suicide rates.* » (Stack, 2000: 158)

Nous proposons d'aborder plus directement la relation d'interdépendance entre facteurs économiques et facteurs familiaux chez les femmes, afin de mieux saisir certaines spécificités de la suicidalité féminine, liées à l'inégalité des rôles genrés *dans l'espace productif et dans la famille*. Ceci permettra, à ce titre, d'éviter une lecture trop psychologique de la suicidalité des femmes, fondée sur des traumatismes précoces.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur la relégation dans l'espace domestique de certaines femmes, dans un contexte de transformations des aspirations professionnelles. Dans un second temps, nous reviendrons plus précisément sur la question des violences faites aux femmes, afin de mieux saisir les contraintes économiques et normatives auxquelles certaines d'entre elles doivent faire face.

Une transformation des références d'accomplissement de soi chez les femmes ?

La moindre sensibilité du suicide féminin aux transformations économiques a pu être interprétée comme la marque d'une protection supérieure des femmes liée à leur proximité vis-à-vis des enfants, les protégeant partiellement des bouleversements sociaux. Certains auteurs ont également suggéré – avec réserve toutefois – que, l'adversité étant une composante centrale de leur parcours, les femmes auraient acquis des postures et des mécanismes de compensation leur permettant de mieux faire face aux difficultés économiques qu'elles rencontrent pourtant plus souvent que les hommes :

> « *On avait déjà remarqué, à plusieurs reprises, combien les taux de suicide des femmes étaient moins sensibles que ceux des hommes aux variations des conjonctures économiques, au chômage et à l'inactivité, tout comme aux écarts de conditions sociales et même d'âge : les variations de taux sont toujours moindres chez les femmes, parmi les catégories les plus et les moins suicidaires, que chez les hommes. Malgré les progrès de la scolarisation féminine, malgré la volonté clairement affichée par les femmes de se positionner sur le marché du travail, elles se montrent moins affectées par les crises de la société. Sans apporter une explication décisive, que l'insuffisance des données n'autorise pas, on peut évoquer plusieurs pistes : avec ou sans crise, les femmes sont toujours exposées à un marché du travail plus défavorable que celui des hommes ; elles ont toujours eu plus de mal à faire valoir leurs qualifications réelles ; dans la construction de leurs parcours scolaires et professionnels, elles ont toujours eu tendance à faire entrer d'autres paramètres que la stricte rentabilité sur le marché du travail. Ainsi, l'adversité et la préparation aux responsabilités multiples les ont-elles aguerries contre la dureté du monde. « La misère de position protège », se serait exclamé Durkheim s'il avait lu Bourdieu !* » (Baudelot & Establet, 2006 : 236-237)

Si nous avons montré précédemment que l'exclusion économique et sociale affecte bel et bien les femmes, et que les conditions de travail affectent également leur suicidalité, certaines études relatives aux tentatives de suicide débouchent sur des résultats qui confortent l'hypothèse de leur moindre sensibilité vis-à-vis des vicissitudes de l'emploi. Chastang et ses collègues ont montré, sur un échantillon de 416 suicidant(e)s âgés de plus de 15 ans, que l'insécurité professionnelle (chômage, courtes périodes d'emploi, etc.) entraine bien un risque élevé de tentative de suicide, chez les hommes comme chez les femmes, comparativement aux individus en emploi stable (Chastang et al., 1998). Mais, si le sex-ratio est d'une tentative de suicide masculine pour deux tentatives de suicide féminines chez les personnes en emploi stable, la surreprésentation des femmes disparait lorsqu'on s'intéresse exclusivement aux conduites suicidaires chez les personnes en insécurité professionnelle. Les auteurs interprètent ces résultats à la lumière de l'importance de l'emploi chez les hommes :

> « *Men's greater vulnerability to job in insecurity can probably be related to the traditional image of the male as breadwinner in our society. Men's stronger emphasis and higher estimation of their work, abrupt changes in family roles and social references resulting from unemployment, or even reluctance to create family for fear of unemployment could significantly aggravate signs of psychological distress* » (Chastang et al., 1998: 267)

Toutefois, Chastang et son équipe soulignent que cette tendance pourrait bien se transformer à mesure que les attentes des femmes à l'égard de l'emploi et du travail augmentent :

> « *A growing number of women, however, could be affected by the adverse psychological effects of job precariousness.* […] *The current trend in our society is undoubtedly towards a change in women's social behavior, becoming similar to men's, particularly in terms of women's involvement in their work, and social recognition of this.* » (Chastang et al., 1998: 363)

Cette tendance pourrait bien être confirmée par une revue récente de la littérature, présentée par Kennelly et Connolly (2012), montrant que la suicidalité des femmes est, sinon plus, du moins aussi sensible au chômage que celle des hommes :

> « *The evidence we summarized in the main section of this report shows that people on low income and people who are unemployed are at a higher than average risk of suicide. While exceptions can be found in some studies, the balance of the empirical evidence is that, controlling for other risk factors such as the presence of psychiatric illnesses, being unemployed, having low income, or living in a socio-economically deprived area increase the risk of dying by suicide. In addition, most researchers have found that deaths by suicide tend to increase during economic recessions. While some studies have found the effect of unemployment on suicide risk to be greater among females, others have found little or no gender differences.* » (Kennelly & Connolly, 2012 : 85)

Pour évaluer cette hypothèse, nous proposons d'effectuer un bref retour sur l'évolution du suicide des femmes dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle.

*

En France, le taux de suicide des hommes en dessous de 50 ans a été fortement affecté par les crises économiques de 1970. En revanche, le taux de suicide des femmes aurait essentiellement été affecté par les transformations *familiales*, du fait de leur moindre participation économique. C'est, tout du moins, l'interprétation proposée par Bourgoin (1999). Celui-ci montre, d'une part, que le taux de suicide des femmes a progressé depuis les années 1960 plus lentement que celui des hommes. D'autre part, *le rythme de cette progression ne s'est pas accéléré, selon lui, avec la crise des années 1970.* Mais ce constat d'une moindre sensibilité des femmes aux crises économiques pourrait s'expliquer par une mutation récente de leurs aspirations professionnelles.

En effet, Surault (1995) suggère que la moindre progression du suicide des jeunes femmes au cours des années 1970 et 1980 est due à l'acquisition de certains droits sociaux d'importance (contraception, divorce, avortement), et à l'accès grandissant de certaines d'entre elles à l'indépendance et à l'autonomie :

> « *Comme nous l'avons vu, la progression du suicide dans les générations féminines de l'après-guerre n'a pas eu le même caractère systématique que celui relevé parmi les hommes d'un groupe de générations à l'autre et la rupture a été moins brutale : par exemple, à 30-34 ans, le taux moyen de suicide des générations 1946-1960 a été chez les hommes pratiquement le double de celui des générations 1921-1940 (32,9 contre 16,8 pour 100 000) alors que le même rapport a été inférieur à 1,5 pour les femmes (8,1 contre 5,5). On peut avancer l'hypothèse qu'un certain nombre d'aspirations spécifiques aux femmes et portées par le mouvement féministe ont alors été progressivement satisfaites comme la libéralisation de la législation sur la contraception (loi Neuwirth de 1967), l'entrée sur le marché du travail salarié (à partir du milieu des années 1960), la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse (loi Veil de 1975) ; en a été profondément modifié le statut de la femme dans la société et dans la famille.* » (Surault, 1995 : 1003)

Certaines transformations culturelles et juridiques des années 1960 et 1970 auraient alors constitué des facteurs protecteurs chez les femmes. À ce propos, nous avons discuté, dans le chapitre précédent (1.2), l'idée d'une réduction relative et temporaire du suicide des femmes mariées avant 40 ans, par l'introduction du divorce par consentement mutuel. Mais l'introduction sur le marché du travail aurait également pu accompagner cette aspiration croissante à l'autonomie personnelle dans le domaine économique.

Cette hypothèse d'une amélioration de la condition des femmes par l'emploi est une proposition portée par la sociologue américaine Kathryn Johnson à la fin des années 1970 (Johnson, 1979). L'auteure a abordé la question en insistant sur la passivité de la condition féminine au foyer, et la relégation à une position dominée dans le mariage. Selon elle, l'entrée dans le salariat a dû impliquer une certaine amélioration de la condition sociale des femmes, puisqu'un certain détachement du rôle d'épouse, dans lequel ces femmes ne trouveraient pas à s'épanouir, leur ouvrait des possibilités nouvelles :

> « *A test of the hypothesis that altruistic/fatalistic suicide are important suicide types for females might involve comparing rates of different groups of married women. The purpose of such comparisons would be to show that the rate of female suicide would be positively correlated with the degree of adherence to the traditional female role. Key dimensions in such a comparison could be social norms regulating sex-role behavior, husband/wife interaction, relationships between mother and child.*

Differences with respect to these parameters are likely to be correlated with ethnic, class, and religious differences. » (Johnson, 1979: 152)

Si ces hypothèses sont intéressantes, il convient de les compléter au moyen d'indices empiriques. La scolarisation et l'entrée accrues des femmes dans le salariat augmentent-elles ou réduisent-elles leur risque suicidaire ? En fait, si ces changements représentent bien des opportunités nouvelles d'accomplissement de soi, ils ne sauraient profiter à toutes les femmes. Surault (1995) rapporte, à ce propos, que la progression des taux de suicide des femmes des générations antérieures à 1925 semble avoir été affectée négativement par les transformations *des valeurs* ayant eu cours dans les années 1960 et 1970. Selon lui, chez les générations nées avant-guerre, la prise de responsabilités familiales durant la guerre et après la guerre aurait rencontré les revendications sociales et émancipatrices des années 1960 et 1970. Le rôle de mère au foyer, sur lequel ces générations se seraient fondées, aurait été déprécié pour faire place à l'image de la femme active et indépendante :

« […] *la progression beaucoup plus marquée que chez les hommes du suicide chez les femmes appartenant aux générations nées avant 1925, à partir du milieu des années 1970, ne peut-elle pas s'expliquer en partie par un vécu commun - et différent de celui des hommes -, fait de responsabilités familiales spécifiques assumées pendant la guerre et après ? Ces responsabilités en partie disparues avec le départ des enfants du foyer familial, on peut imaginer qu'a été difficilement ressentie la remise en cause des valeurs sur lesquelles s'étaient appuyées ces femmes, les valeurs familiales en particulier, tandis que se dépréciait le rôle de mère au foyer qui avait été celui de beaucoup d'entre elles, au profit du modèle de la femme active, ne se 'sacrifiant' plus pour ses enfants.*» (Surault, 1995 : 1003)

Il y aurait ici un effet de dévalorisation du statut d'inactivité pour une certaine catégorie de femmes, liée à la valorisation de l'autonomie et de la participation féminine.

On peut interpréter ce phénomène – comme dans le cas des hommes –, comme un fait social *circonstanciel*. En effet, les femmes plus âgées ont pu être désavantagées lorsqu'elles disposaient d'une expérience difficilement valorisable sur le marché de l'emploi. Elles auraient alors rencontré une plus grande difficulté d'accès à l'autonomie et à l'indépendance, désormais davantage valorisée, désirable et légitime. Les opportunités nouvelles liées à la libéralisation des mœurs n'auraient été profitables qu'à celles ayant l'âge et le parcours leur permettant d'y prétendre. Les femmes au-delà de 40 ans ont ainsi vu leur taux de suicide progresser au cours des années 1970 et jusqu'au milieu des années 1980. Cette progression semble la plus marquée pour les femmes dans le milieu de vie :

> « *Pour les femmes, le suicide a également progressé parmi les jeunes jusqu'à la fin des années 1970 (mais dans une moindre mesure), avant de diminuer au cours des années 1980 chez les moins de 25 ans, la progression se poursuivant pour les 25-39 ans. Après 40 ans, les taux de mortalité, à peu près stables avant 1976, ont ensuite progressé rapidement jusqu'au milieu des années 1980, de 40 à 49 ans en particulier.* » (Surault, 1995 : 988)

Si les études américaines s'intéressant au rapport entre les taux de suicide et la participation économique des femmes montrent des résultats disparates (Lester, 1973 ; 1976 ; 1988), l'étude d'Austin et ses collègues au début des années 1990 suggère que l'entrée des femmes dans le salariat aux États-Unis sur la période 1950-1969 contribue à expliquer l'augmentation de leur suicide entre 30 et 60 ans, et en particulier pour les 40-49 ans (Austin et al., 1992). L'explication des auteurs n'est pas très éloignée de l'interprétation défendue par Surault. En effet, la valorisation de l'indépendance et de l'autonomie chez les femmes de moins de 30 ans serait entrée en conflit avec les valeurs qui structuraient l'attitude traditionnelle de leurs ainées, sans que ces dernières ne puissent prétendre aux mêmes opportunités :

> *« Women under 30 seemed to take the social changes occuring in the 1950s and 1960s in stride, as might be expected of people not yet tradition-bound. According to Arafat and Yorburg (1976, pp. 24-25), even within the women's movement of the 1960s women were "divided along generational lines." Younger women were interested in changing basic values, while older feminists preferred to work through traditional institutions to bring about change. At the same time, there was a group of traditional women who felt their entire lifestyle threatened by the changes championed by the movement. Mandle (1979, p. 1481, too, recognizes that in the 1960s there was a younger group of American women who felt no guilt, anxiety, or ambivalence about their active involvement in trying to change the roles of women. It is, therefore, not surprising that social change in the 1950s and 1960s had no discernible effect on the female/male suicide ratios of the under-30 generation. In the five age groups from 30 to 54 years, where social change seems to have had a harmful effect on women in the 1960s, uncertainty over appropriate roles may be a part of the explanation. But disillusionment over restricted job opportunities may have been involved too. »* (Austin et al., 1992: 221)

On retrouve ici, encore, un fait social circonstanciel, lié à une transformation des valeurs et aux opportunités qui en découlent. La période est, en effet, caractérisée par une évolution du salariat et de la scolarisation des femmes, la diffusion de la contraception ou encore par l'augmentation importante des séparations : augmentation du divorce dont on a parlé précédemment, et qui a surtout amélioré le sort des femmes mariées de moins de 44 ans au cours des années 1970. La suicidalité des femmes dans le milieu de vie aux États-Unis au cours

des années 1950 à 1970 se comprendrait par ces transformations importantes dans le domaine familial, professionnel, culturel et politique :

> « *Some women in their 40s and older who had not worked for many years probably failed to obtain jobs they sought although they remained uncertain about the value of employment outside the home. But they could not altogether ignore the new ideas about the propriety of female careers. If their children had left home, as is likely given their age, of if they were divorced, as was more likely in the 1960s than in the 1950s, they had to contemplate in relative isolation the possible error of their decision not to work as young adults. If these women found jobs, they were unlikely to have the occupational status that would offset the ambivalence of leaving the traditional housewife's role.* » (Austin et al., 1992: 222)

*

Cette proposition peut également être confortée, en France, par la transformation du statut de l'inactivité féminine au cours du XX^{ème} siècle. D'après les données analysées par Alain Chenu (1988) concernant la période 1906-1980, l'inactivité devient, au cours du XX^{ème} siècle et pour la première fois, un facteur grandissant de décès chez les femmes. La participation salariale de celles-ci serait de plus en plus perçue comme un idéal d'accomplissement personnel. Le rôle de femme au foyer, lorsqu'il est vécu dans la contrainte et le fatalisme, pourrait alors plus souvent constituer une entrave à cet accomplissement. Bourgoin (1999) rapporte que la croissance des taux de suicide chez les inactives permet de penser à une transformation de leur rapport à l'activité professionnelle. Batt et ses collègues (2007) concluent également que l'inactivité chez les femmes accroît de plus en plus leur risque de décès par suicide. La tendance croissante au suicide des inactives pourrait alors s'entendre comme l'indice de leur adhésion aux transformations sociales des années 1960 et 1970. *La situation de femme au foyer serait ainsi devenue de plus problématique et plus stigmatisante à mesure que la participation salariale des femmes et l'accomplissement personnel dans le travail se sont progressivement imposés comme une norme dominante. Ce n'est pas tant la norme, ici, qui pose problème, que l'impossibilité à atteindre un objectif qu'on juge légitime, attendu, et qui s'avère vecteur d'une valorisation proprement personnelle.* C'est finalement, comme dans la suicidalité masculine, une question d'exclusion et de marginalisation qui pourrait bien être centrale ici.

Des aspirations amputées précocement et dans la violence

La relation entre violences domestiques et conduites suicidaires pourra peut-être nous aider à comprendre certaines difficultés rencontrées dans le foyer, et leurs rapports avec les contraintes économiques. Cette relation est bien établie statistiquement. En 1971, Ronald Maris, spécialiste en suicidologie, diplômé de psychologie sociale et de sociologie, a conduit une analyse d'entretiens menés auprès de 48 femmes ayant réalisé une tentative de suicide, et une analyse de 22 cas de suicides féminins (Maris, 1971). L'auteur relève l'importance des violences et conflits maritaux dans l'ensemble de l'échantillon. Dans l'enquête française sur les tentatives de suicide déclarées dans l'année au Baromètre santé 2010, *les violences physiques subies au cours de l'année représentent, avec les violences sexuelles subies au cours de la vie (dont on a déjà parlé), un facteur de risque important de tentatives de suicide chez les femmes* (Beck et al., 2011). Cette question des violences domestiques dans le couple constitue un élément central des inégalités de genre.

Dans son enquête, Stephens (1985) trouve 40% de cas de brutalités conjugales (soit 20 individus). Ces abus sont alors longs et fréquents. Les mauvais traitements peuvent précéder et suivre la tentative de suicide : certains maris battent leur femme pour les punir du passage à l'acte suicidaire. Malgré la recherche d'un règlement de ces conflits conjugaux, notamment en psychothérapie ou en thérapie de couple, les femmes interrogées par Stephens ont régulièrement rencontré une posture de rejet, de ridiculisation et de responsabilisation de la part de leur conjoint. Sacks (1995), dans son analyse conversationnelle de cas de suicide, soulignait l'importance des solutions rejetées, des expressions ridiculisées et amoindries, et des insultes et incitations au passage à l'acte. Dès lors, il est intéressant de revenir sur les facteurs sociologiques et économiques favorisant ces situations de violence.

*

Ces violences, qui ne se résument pas à la violence physique (*voir encadré 1*), sont souvent vécues par les femmes en situation de dépendance économique. En effet, les femmes en situation de précarité et d'inactivité subies, notamment, sont fortement touchées par les violences conjugales. Les inactives subissent davantage de violence que les actives, et les femmes dont le conjoint est au chômage ou inactif sont également davantage touchées. La catégorie de femme au foyer comprend de nombreuses chômeuses de longue durée et des

femmes ayant abandonné la recherche d'un emploi, notamment sous la contrainte du conjoint : le pourcentage des violences conjugales pour ces dernières est proche de celui des chômeuses. À ce propos, le chômage sans indemnité, les longues et/ou multiples périodes de chômage, de la femme ou du partenaire, aggravent les situations de violence, au contraire des périodes courtes. Le temps partiel, enfin, loin de représenter une possibilité de complémentarité des rôles et de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, correspond également davantage à des situations de violences conjugales :

> « […] *en réalité, les temps partiels se soldant surtout par des gains réduits, la femme se retrouve à la fois en position affaiblie sur le marché du travail et en situation de dépendance économique au sein du couple*. » (Jaspard, 2011 : 43)

Encadré 1:l'analyse des violences faites aux femmes

En France, les violences subies dans l'espace privé sont essentiellement perpétrées contre les femmes. La première enquête française à avoir estimé les déclarations de violences faites aux femmes date de 2000 (l'enquête *Enveff*). Elle estimait à 50000 le nombre de viols subis par des femmes dans l'année (Jaspard, 2011). Cette enquête, menée par Jaspard et ses collègues, ne se restreint pas aux violences physiques et sexuelles. Parmi les violences domestiques, au-delà des violences physiques et sexuelles, la pression du partenaire et son influence se traduisent par des violences psychologiques. Dans l'enquête Enveff, les pressions psychologiques représentent 24,4% des déclarations faites par les femmes en couple au cours des 12 derniers mois. Les agressions physiques concernent 2,5% de l'échantillon et les agressions sexuelles 0,9%. Jaspard propose de définir la violence par son pendant dynamique, comme un processus.

Au contraire du conflit, qui constitue une modalité fonctionnelle du couple, la violence est un dysfonctionnement où le partenaire cherche à « façonner » l'autre en vue de s'assurer une emprise totale. Le conflit implique une « réciprocité » des protagonistes et il est susceptible d'insuffler du changement ; la violence déstructure un des individus et le place dans une position dominée et soumise. Jaspard propose, au travers de l'analyse statistique de son échantillon, deux types de violences conjugales. Chaque type regroupe des caractéristiques spécifiques : le premier type correspond à des situations « graves » de violences essentiellement psychologiques, parfois accompagnées de violences physiques; le second type correspond à des situations « très graves » de violences physiques toujours accompagnées de violences psychologiques, et parfois d'agressions sexuelles.

Si les violences à l'égard des femmes frappent également les catégories sociales élevées, on peut raisonnablement convenir ici que la dépendance économique offre un terrain propice à la domination violente du conjoint, même si elle n'en constitue pas l'unique facteur. L'analyse sociologique des violences domestiques offre à cet égard une piste intéressante pour

comprendre le maintien de l'investissement de certaines suicidantes au sein d'une relation peu valorisante et peu propice à la réalisation de soi. En effet, la dépendance économique et la précarité empêcheraient ces femmes de trouver les moyens de s'extirper de la relation. Ces femmes ne sauraient ainsi prétendre à certaines aspirations sociales, ni dans le domaine économique ni dans le domaine familial. *Ces désaveux multiples sont le fruit de parcours, diversement structurés, que nous ne prétendons pas ici pouvoir correctement saisir*. On suggère cependant qu'une partie non négligeable des suicidantes se retrouve dans une situation particulièrement incertaine et précaire, tant sur le plan professionnel que sur le plan familial. *Nous suggérons, dans ce sens, que la suicidalité des femmes est marquée par une double domination de classe et de genre.*

Pour les hommes, l'investissement productif semble historiquement davantage représenter une condition *nécessaire* à l'intégration familiale. Chez les hommes peu diplômés, l'intégration familiale est moins précoce que chez les femmes (Galland, 2011) : l'acquisition d'une situation professionnelle semble davantage constituer un prérequis. Au contraire, pour les femmes de faible qualification, le renoncement professionnel et l'investissement familial sont plus précoces – que ce renoncement soit l'effet de la pression maritale ou familiale, ou encore la conséquence d'un impossible accès à l'emploi. En effet, à partir d'une enquête Insee datant de 1997 et portant sur les carrières professionnelles, Galland montre que la durée moyenne entre la fin des études et le premier enfant est de 8 à 10 ans chez les hommes non bacheliers, et cette durée augmente avec les générations plus récentes (Galland, 2011). Au contraire, chez les femmes non-bachelière, cette durée moyenne est bien inférieure, entre 3 et 5 ans, et elle se réduit chez les générations les plus récentes. Il y a donc ici des parcours typiquement différents entre hommes et femmes dans les milieux populaires, alors que les schémas homme/femme de l'entrée dans la vie adulte chez les jeunes diplômé(e)s français(e)s, au contraire, tendent à se rapprocher : la période entre la fin des études et la venue du premier enfant tend à croitre chez les plus diplômés des deux sexes (Galland, 2011).

L'insertion dans la vie adulte, chez les femmes peu ou non diplômées, se fait ainsi significativement plus jeune, passant rapidement du foyer parental au foyer conjugal :

> « *Au plus bas niveau de diplômes, le modèle féminin se caractérise par la précocité de l'engagement familial et la brièveté de la transition entre les deux familles : la famille d'origine et la famille de procréation.* » (Galland, 2011 : 144)

Ces femmes pourraient alors être durement marquées par des aspirations précocement amputées ou, tout du moins, limitées et incertaines. Étant peu diplômées, elles peuvent difficilement bénéficier d'une autre perspective, sinon par le truchement d'un investissement dans un rôle domestique constituant l'une des seules voies d'émancipation du foyer parental. Par ailleurs, la vie familiale d'origine est souvent jalonnée, chez les suicidantes, de carences affectives ou de violences.

Notons ici, encore une fois, que l'explication par le traumatisme infantile se surajoute à une situation plus complètement bloquée. Si l'emploi ne leur est pas entièrement interdit, sans diplôme, leur carrière professionnelle reste limitée et souvent précaire. Or, comme on l'a vu précédemment, chez les suicidantes *1)* l'investissement dans la sphère domestique s'avère souvent insatisfaisant et *2)* les contraintes liées aux conditions du travail peu qualifié tendent à favoriser les conduites suicidaires. *Nous suggérons ainsi que la situation sociale et économique précaire des femmes jeunes, peu diplômées, tend à fermer leurs perspectives dans le domaine productif, et à enfermer leur investissement dans le domaine reproductif.*

Ces déterminations structurelles pourraient, par ailleurs, rendre compte de certaines situations dans le milieu de vie, où la question des violences domestiques est peut-être moins décisive. En effet, dans son autopsie sociologique, Shiner et ses collègues montrent que les problèmes d'abus physiques et sexuels sont plus directement présents dans le suicide des adolescents (Shiner et al., 2009) :

> *The results of our analysis are consistent with the notion that* ***adolescent suicide*** *is associated with a particular sense of crisis and with damaged family attachments. What was most distinctive about the cases involving young people under the age of 25 years was the extent to which they were linked to negative childhood experiences – such as physical and/or sexual abuse, neglect and separation – and previous suicide attempts. Childhood experiences were cited in three-fifths (60%) of such cases compared with approximately one-in-ten (12%) cases involving older adults. The relationship between age and previous suicide history was not particularly strong, but this masked some notable differences between young people and older adults: all but one of the cases involving young people under the age of 25 years mentioned previous suicide attempts or threats compared with less than half of those involving older adults.* (Shiner et al., 2009 : 743)

Cette dimension n'est pas absente dans le milieu de vie, mais les auteurs notent que les problématiques de couples et de séparation, ainsi que les problématiques économiques, y sont

plus saillantes ; tout du moins, elles sont davantage observables. Or, pour les femmes investies de façon précoce dans leur rôle familial, le milieu de vie représente un moment de tensions particulier.

En effet, la déstabilisation du foyer, notamment liée au départ des enfants, constitue une expérience déstabilisante. Jamieson (1999), dans sa critique de Giddens, a noté que l'idéal de l'intimité et de l'investissement personnel dans la relation parent-enfant, dont on a précédemment parlé concernant les hommes, pouvait entrainer une tension importante pour les femmes. Celles-ci peuvent, en effet, chercher à entretenir une relation de proximité et de « confiance » avec l'enfant, sans toutefois y parvenir. Elles déploient alors des stratégies contradictoires de contrôle, qui se heurtent souvent à la volonté adolescente d'autonomie et d'indépendance. Cette tension pourrait devenir plus centrale chez les femmes pour qui cette dimension constitue une dimension structurante de leur rôle social.

De plus, pour les femmes dont le travail représente un espace d'investissement, la violence et l'inégalité au travail pourraient représenter une source supplémentaire d'insatisfaction. Non seulement la précarité de leur condition de travail est plus saillante, mais encore certaines formes de violences, physiques et psychologiques doivent être supportées et tues. Pour les femmes dans le milieu de vie, Cousteaux et Pan Ké Shon soulignent la probabilité d'une déstabilisation globale des repères identitaires (Cousteaux & Pan Ké Shon, 2008). En effet, les auteurs relèvent les multiples difficultés qui s'observent à travers la distribution du taux de suicide et dans la prévalence du risque suicidaire grave, de la dépression et de l'alcoolisme féminins aux âges du milieu de vie :

> « [après 45 ans] *la dépression féminine progresse effectivement. Par ailleurs, le parallélisme frappant des courbes du risque suicidaire grave et de la dépendance alcoolique féminine semble indiquer une expression de même nature entre ces deux indicateurs avec un point culminant entre 45 ans et 54 ans pour retomber ensuite. Rappelons également que le pic des suicides féminins est atteint dès la tranche d'âge des 45 ans à 54 ans pour par la suite constituer un palier. Il y a donc bien à ce moment de la vie des femmes un ou, plus probablement, une série d'événements qui contribuent à les déstabiliser*. » (Cousteaux & Pan Ké Shon, 2008 : 14)

Il pourrait donc y avoir un cumul de difficultés pour les femmes dans le milieu de vie. Si ce cumul ne saurait rendre entièrement compte de la suicidalité féminine, nous proposons ici un idéal-type qui combine des facteurs saillants identifiés par la littérature.

L'analyse des consommations chroniques de médicaments psychotropes offre un portrait contemporain des difficultés sensiblement similaires vécues par ces femmes. En effet, dans un versant moins radical que dans le cas des conduites suicidaires, l'analyse de consommations chroniques de psychotropes suggère des désajustements de même nature chez les femmes dans le milieu de vie (Le Moigne, 2000). Dans cette tranche d'âges, l'importance de l'usage chronique de psychotropes chez les femmes inactives, et en particulier des femmes issues des milieux populaires, est consécutive à l'isolement dont elles sont victimes et à la dévalorisation de leur qualité personnelle (Le Moigne, 2000). Cet isolement suscite une réponse médicinale considérée comme légitime, par les consommatrices et par les prescripteurs. Ce règlement est privilégié dans un contexte souvent exempt de soutien social qui ne permet pas d'entrevoir d'autres perspectives. Les médecins généralistes répondent plus souvent à ces situations en pérennisant la prescription de médicaments psychotropes. En effet, cette chronicisation des prescriptions est d'autant plus importante *1)* que les prescripteurs jugent plus aisément ces consommatrices comme étant inaptes à gérer seules leurs difficultés, et que *2)* ces dernières sont convaincues de leur propre insuffisance :

> « *Cet usage [chronique de psychotropes] concerne d'abord les inactifs, c'est-à-dire les groupes qui tendent à associer maladie et isolement. Plus précisément encore, il concerne les femmes, d'une part, et les personnes âgées, d'autre part, pour qui le recours à la solution médicale dérive à la fois d'une plus grande proximité à l'appareil de soins* et *d'une incapacité dont l'idée est largement répandue tant chez les patients eux-mêmes qu'à l'intérieur du corps médical.* Les femmes au foyer, *les anciennes ouvrières en particulier, recourent d'autant plus longuement aux médicaments qu'elles ne peuvent ni échapper à leur situation d'isolement ni opposer une alternative à la consommation.* » (Le Moigne, 2000 : 101)

La situation des consommatrices chroniques de psychotropes constituerait ainsi un indice parmi d'autres du désaveu de la qualité individuelle des femmes suicidaires, dans un contexte d'inactivité qui fait suite à un parcours d'abandon plus ou moins précoce du marché du travail, et qui peut se terminer par l'absorption dangereuse de médicaments. Leurs problématiques sont d'autant plus complexes à résoudre que des violences conjugales peuvent, parfois, grever leur parcours de vie. Les conditions socio-économiques, souvent précaires et marquées par la dépendance, ne permettent d'entrevoir aucune perspective favorable en ces cas.

Résumé

Les études relatives aux tentatives de suicide et aux suicides suggèrent bien que certaines conditions de réalisation du travail ne prêtent pas à la démonstration, par les travailleurs, de leur qualité personnelle. C'est le cas, notamment, lorsque les exigences du travail sont fortes et que les individus ne sont pas en mesure de développer et valoriser leurs compétences. Ce constat apparait significatif chez les femmes comme chez les hommes en emploi. Mais les études pointent encore, chez celles et ceux qui sont exclus de la participation sociale, un risque suicidaire important, qui traduit un démenti plus complet et plus définitif. Dans certaines études, ces éléments sont significatifs après contrôle des variables généralement les plus associées aux conduites suicidaires, à savoir les troubles mentaux.

L'analyse du risque suicidaire grave semble montrer, quant à elle, que la présence des enfants chez les personnes en concubinage entraine un risque suicidaire équivalent au risque des couples mariés. Nous suggérons que cette observation conforte l'existence d'un cadre nouveau, caractérisé par la recomposition du modèle familial autour de la figure de l'enfant, la diversification des formes légitimes d'union et l'assouplissement des parcours familiaux. La famille ne se dissout pas, mais elle redéfinit ses principes et s'individualise. Ceci n'implique pas, par ailleurs, un effacement des arrangements inégalitaires selon le genre, et selon la sexualité. En effet, la famille contemporaine demeure fortement marquée par le modèle de la famille nucléaire hétérosexuelle. Si, concernant ces facteurs matrimoniaux, les femmes semblent davantage protégées par la présence des enfants, le « repli » dans la sphère privée, ou tout du moins l'importance de celle-ci, n'autorise pas, dans bien des cas, la réalisation de soi. Cet espace domestique comporte des contraintes fortes liées à l'inégalité au sein du couple, sinon des violences et des dégradations morales ou physiques. La suicidalité féminine semble marquée par cet ensemble de contraintes. Mais, pour saisir sociologiquement l'importance de l'espace domestique dans la suicidalité féminine, nous avons souligné l'importance des facteurs économiques.

En effet, si, historiquement, on constate une moindre importance des transformations économiques sur la suicidalité féminine, nous avons suggéré une transformation récente des aspirations professionnelles des femmes. Le statut d'inactivité semble se modifier dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, et pourrait acquérir une importance croissante pour comprendre la suicidalité féminine. Quand l'inactivité est vécue comme une position subie, elle pourrait bien confronter davantage qu'autrefois les femmes à la difficulté de l'accès à la

participation économique, aujourd'hui davantage valorisée et légitime. Au-delà de l'inactivité, l'entrée rapide des femmes peu diplômées dans la vie adulte suggère des aspirations professionnelles, sinon amputées, du moins limitées. Ces contraintes impliquent davantage un repli dans la sphère domestique et une participation moins évidente dans le domaine productif : les emplois sont plus pénibles, plus précaires et moins à même de permettre la démonstration d'une qualité personnelle.

Comme le rappellent Roger Establet, la sociologie doit « *se garder de construire trop vite des modèles de motivation* » en matière de suicide, et ce, d'autant qu'elle travaille généralement sur des séries statistiques de grande envergure (Establet, 2012). On pourra cependant souligner ici que l'importance des tentatives de suicide avant 20 ans, chez les femmes, suggère des désajustements précoces, davantage associés à l'entrée dans la vie adulte. Il y aurait ici, finalement, une proximité surprenante avec certaines difficultés rencontrées par les femmes dans certains pays du Pacifique Ouest, au cours de l'entrée dans la vie conjugale, dont nous avons brièvement décrit les difficultés.

Mais, nous suggérons que les désajustements ici décrits font état d'une fragilisation *globale* des perspectives des femmes. Dans leur jeunesse, mais également dans le milieu de vie, certaines difficultés semblent se cristalliser et susciter des souffrances comprises comme la conséquence d'une défaillance personnelle. Une double détermination par le genre et par l'origine sociale pourrait affecter les parcours et les risques de conduites suicidaires des femmes. Il y aurait, en effet, une vulnérabilité particulière dans les milieux populaires, dont on a déjà parlé. Des parcours sociaux différents selon le sexe pourraient ici structurer les problématiques en jeu, ainsi que leurs expressions. Mais, quels que soient ces parcours, un même enjeu semble façonner la suicidalité létale et non létale, masculine et féminine : *l'idéal social d'autonomie, ses exigences en matière d'initiative, de performance, d'authenticité et de responsabilité individuelles, parait recomposer les propriétés des tensions au principe des conduites suicidaires contemporaines.*

Sans être en mesure de démontrer cette proposition, on concèdera ici sa cohérence et sa capacité à rendre compte de certaines tendances en combinant explication et compréhension du sens des conduites. Dès lors, il est intéressant d'interroger cette proposition de manière originale, ce que nous proposons de faire dans la prochaine partie.

CONCLUSION PROVISOIRE

Le rapport entre suicide et individualisme est au fondement de la sociologie du suicide. Depuis le XIX^{ème} siècle, la question de l'individu constitue le cœur d'une problématique qui a trait à la cohésion sociale. Le passage de sociétés dites traditionnelles – où le poids normatif de communautés restreintes est fort – à des sociétés dites complexes, induirait une différenciation croissante des tâches et des domaines d'activités. Les individus ne tireraient alors plus leur appartenance par similarité, mais par différences. Le risque de dissolution du lien social est au cœur des préoccupations sociologiques des sociétés démocratiques bouleversées tant par les révolutions industrielles et techniques que par l'instabilité politique. En analysant le suicide, c'est cette crainte que Durkheim souhaite déjouer ou confirmer, et c'est à elle qu'il souhaite apporter des réponses structurées. C'est en cela que Durkheim fait de l'égoïsme et de l'anomie les formes modernes du suicide. Le suicide est alors conçu comme une forme de rupture du lien social, mais, dans le même temps, le social est fondé par un nouveau cadre normatif nécessaire, mais incertain, qu'est l'individualisme.

Cette lecture en termes de désintégration sociale et d'anomie correspond mal aux données ici rapportées sur le suicide. Nous avons noté, au contraire, que l'individualisation constituait un processus structurant des sociétés modernes et, en conséquence, des conduites suicidaires. Il s'est agi d'en explorer les limites et d'en comprendre les enjeux. Nous avons ainsi suggéré que la « montée de l'individu » n'est pas un effet émergeant de *l'affaiblissement* des institutions sociales. Elle est, bien plutôt, un nouveau cadre de l'agir commun. L'individu – sa liberté, son autonomie et sa réflexivité – est valorisé dans le même temps qu'un ensemble d'institutions modernes émergent et ordonnent les relations sociales. Le suicide cesse de progresser à mesure que cet ordre se stabilise dans la constitution d'un État fort et protecteur, que la famille se réorganise autour d'un noyau restreint d'appartenance, que l'École projette de former des individus citoyens adaptés aux exigences de l'appareil productif industriel et soumis à une autorité qui borne des destins de classe et de sexe. Dans un contexte de prospérité stable et relativement durable *où les opportunités de réalisation de ces exigences vont croissantes*, le suicide n'apparait plus comme une conséquence directe de l'individualisme. La distribution du suicide se transforme alors selon les aires géographiques et les positions sociales des individus, certaines de ces positions entrainant davantage de difficultés.

Dans le dernier quart du XX^{ème} siècle, le contexte de grandes transformations des configurations familiales et économiques rompt avec la stabilité constatée entre 1950 et 1975. L'idéal d'individu autonome et responsable tend alors à s'imposer dans un contexte de ralentissement de la croissance, de renforcement des inégalités et de morcellement des solidarités (familiales, de classes, etc.) qui structuraient antérieurement les relations. Les conduites suicidaires représenteraient ici un versant caractéristique de la difficulté à être soi dans un modèle normatif exacerbant l'autonomie et de la responsabilité et dans un contexte de dégradation économique.

*

Il aurait été nécessaire, pour mieux saisir, approfondir et nuancer nos propositions, d'entreprendre une étude qualitative de *trajectoires sociales*. L'objectif initial de cette thèse consistait, justement, à disposer d'un matériau qualitatif permettant d'aborder ces problématiques au travers du discours de personnes suicidantes et de leur trajectoire sociale. Comme nous le verrons plus précisément dans la seconde partie, cet objectif a dû être abandonné pour différentes raisons. En lieu et place de quoi n'avons-nous pu qu'esquisser, ici, des pistes d'analyses à partir de cette littérature chiffrée sur les conduites suicidaires (on trouvera, en annexe, des éléments d'analyse concernant les trajectoires suicidaires). *L'enquête a cependant permis d'investiguer la manière dont les problématiques suicidaires sont prises en charge aux urgences. Or, la prise en charge hospitalière des tentatives de suicide ne se désolidarise pas de la perspective d'analyse ici présentée. La démarche a précisément été pensée pour mettre en vis-à-vis les enjeux de la conduite suicidaire avec les enjeux du travail de soin.* La qualification du processus suicidaire et de ses enjeux sociologiques ne sera donc pas absente du problème ayant trait à leur prise en charge, et la question de l'individualisation organise en réalité une problématique qui met face à face conduites suicidaires et prise en charge.

2. Des Tentatives De Suicide À Leur Prise En Charge À L'Hôpital

Notre enquête avait initialement pour ambition de recouvrir deux axes d'investigations :

- d'une part, l'entretien de personnes ayant réalisé des tentatives de suicide visait à retracer des trajectoires sociales ayant mené au geste suicidaire et à saisir l'expérience de vie des suicidants ainsi que leur vécu de la prise en charge. L'objectif était de saisir, du côté des tentatives de suicide, la constitution des problématiques suicidaires ainsi que la perception de la prise en charge ;
- d'autre part, l'observation des urgences ainsi que la conduite d'entretiens auprès des professionnels travaillant dans ces services visaient à comprendre la manière dont les conduites suicidaires sont accueillies dans ces services qui traitent la majorité des tentatives de suicide en France (Mouquet & Bellamy, 2006).

Nous présenterons dans le détail cette double démarche d'investigation, les principes théoriques et méthodologiques qui la sous-tendent et les hypothèses empiriques qui ont guidé le travail d'investigation (2.1). Par suite, nous développerons l'analyse de la prise en charge somatique et psychiatrique des conduites suicidaires et les enjeux du travail de soin auprès de ces populations (2.2 et 2.3).

2.1 Une double démarche ethnographique

L'analyse du processus suicidaire a constitué le point de départ de cette recherche. Mais il s'est agi, dans le même temps, de considérer ces conduites au décours du geste et de comprendre les réponses formulées par les urgences hospitalières – principale institution chargée de prendre en charge les tentatives de suicide – à l'égard de ces conduites. Dans un premier temps, nous présenterons l'approche qui a guidé l'investigation du processus suicidaire et de ces enjeux, et nous expliciterons les difficultés rencontrées à cet égard, qui ont conduit à l'abandon de ce volet de l'enquête. Dans un second temps, nous présenterons nos questionnements au sujet de la prise en charge de ces conduites, qui permettent d'explorer, sous un angle différent, mais non moins précieux, certains enjeux des conduites suicidaires et les ressorts de leur prise en charge.

2.1.1 D'une approche qualitative des tentatives de suicide à l'analyse de leur prise en charge

Pour aborder l'étude des conduites suicidaires, il a d'abord fallu se départir de la démarche statistique. Les raisons de ce choix tiennent aux perspectives prometteuses que laisse entrevoir l'analyse qualitative du phénomène en termes de trajectoires sociales. Bien que peu mobilisée de nos jours, celle-ci a montré des résultats très intéressants et originaux. Cet objectif n'a pas été poursuivi jusqu'à son terme en raison des contraintes du terrain. Nous verrons que l'analyse de la prise en charge de ces conduites permet néanmoins de saisir certains des aspects centraux qui structurent les difficultés rencontrées par les patients suicidaires et qui affectent, partant, certains aspects du travail de soin.

La critique des approches statistiques du suicide

La démarche statistique présente des limites déjà relevées depuis longtemps dans la littérature sociologique. Outre les limites associées à la singularité de nos propositions concernant l'individualisation – et que nous avons soulignées dans la première partie de cette thèse –, l'approche par l'étude des taux de suicide ou de tentatives de suicide a fait l'objet de nombreuses critiques, qui se sont développées essentiellement dans le monde anglophone, dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle. Des préoccupations méthodologiques ont été formulées par Douglas en 1967, dans un ouvrage aujourd'hui incontournable intitulé *The social meaning of suicide* (Douglas, 1967). L'auteur se place en opposition vis-à-vis de toute sociologie fondée sur l'étude des variations des taux de suicide, en raison de biais méthodologiques qu'il considère insurmontables. Taylor (1978a, 1978b) suggère, à la fin des années 1970, que ces doutes n'ont pas été suffisamment pris en considération et que ce type d'approche perdure malgré les critiques :

> « *Most criticism of the dominant sociological approach to suicide has centered upon the dubious reliability of official suicide statistics. However, despite some convincing arguments against the use of official suicide rates, sociologists are apparently quite content to continue studying suicide in a Durkheimian manner until the statistics are demonstrated to be unacceptably unreliable.* » (Taylor, 1978a: 373)

La critique fondamentale de ces auteurs concerne la définition du suicide établie par les professionnels chargés d'élaborer les statistiques. Ainsi, la définition du suicide ne serait pas assez précise pour que l'enregistrement du phénomène ne diffère pas d'une culture à une autre,

d'un agent à un autre. En définitive, le phénomène, tel qu'il est enregistré, ne serait pas homogène, et la comparaison des taux serait sujette à caution. Dans leur rapport à l'Organisation Mondiale de la Santé, Brooke et Atkinson (1975) pointent la diversité des procédures et des acteurs en charge de recueillir et de traiter les données liées aux certifications de décès selon les pays :

> « *Le fait que l'enquête revête si souvent un caractère judiciaire semble le seul facteur uniforme de la détermination du suicide. Il n'y a guère d'uniformité en ce qui concerne la personne qui se prononce et la manière dont elle se prononcera, c'est-à-dire uniquement sous sa propre responsabilité, en accord avec les médecins et chimistes experts ou bien en s'en remettant aux conclusions d'un jury. Il semble aussi que dans un même pays, il puisse exister différents moyens de parvenir à une décision. Les personnes qui établissent qu'un décès est dû au suicide ou qui sont chargées de l'enquête judiciaire sont désignées de diverses manières et, pour certaines d'entre elles, l'exécution de leurs tâches n'est pas contrôlée*. […] » (Brooke & Atkinson, 1975 : 46)

Ainsi, selon une multitude de facteurs – la formation des acteurs, la procédure de désignation des participants à l'enquête, la possibilité de revenir sur une certification ou non, la durée de conservation des dossiers et leur accessibilité aux chercheurs qui souhaiteraient réévaluer les taux, le caractère public ou privé de la décision, etc. –, la nature d'une décision concernant un décès varie d'un pays à l'autre, mais également à l'intérieur d'un même pays, et l'étude des variations en est compromise : en matière de qualification de l'intention suicidaire « [il] *existe d'innombrables possibilités d'interprétations subjectives, par exemple, au regard notamment du degré de certitude requis.* » (Brooke & Atkinson, 1975 : 74). La critique réalisée par Atkinson (1968), qui s'appuie sur les travaux de Cicourel (1995 [1963]) sur la statistique et la catégorisation de la déviance, suggère ainsi que les données du suicide sont fragiles : elles sont affectées par des représentations sociales intériorisées par les acteurs chargés du recueil et du codage des données. Il n'est pas inutile de revenir rapidement sur les arguments de Cicourel en la matière.

Pour Cicourel, l'enregistrement statistique ne reflète pas la réalité des conduites des acteurs. L'opération d'enregistrement, construit une image rationnelle du social, issue des façons de penser de ceux (les travailleurs sociaux, les *coroners*, les policiers, les médecins selon les cas) qui sont chargés de recueillir et de juger des comportements à observer. Ces catégories de pensée peuvent différer selon les acteurs et l'environnement dans lequel ceux-ci mènent leur activité (poids des exigences administratives à « faire du chiffre », par exemple). La statistique

du suicide, de la même manière, construirait une image de la *déviance* telle qu'elle est pensée et classifiée par les différents agents sociaux. Elle naturaliserait un phénomène issu d'une construction complexe liée à l'organisation des institutions de recueil, aux préconceptions en matière de déviance, à un usage administratif déterminé des données, etc.

Sans désavouer toute étude fondée sur des données administratives du suicide, il convient de porter une attention toute particulière à ce problème. Ces objections sont centrales, dans la mesure où elles remettent en question la validité de ce qui est enregistré comme suicide et de ce qui fonde une grande part de notre connaissance sur le phénomène. Ces critiques suggèrent, notamment, que l'usage des données administratives ne permet pas de saisir le cœur du processus suicidaire, à savoir la construction sociale des motifs et du sens de la conduite suicidaire.

En effet, l'étude des variations sociales des taux de suicide ne permettrait pas de saisir la signification du geste suicidaire pour les individus. C'est tout le sens de l'approche de Douglas (1967), et de l'importance qu'elle accorde à la « signification sociale » du suicide pour l'acteur. Baechler (1975, 1980), dans la continuité du travail de Douglas, considère que la source du suicide est d'abord individuelle : le suicide n'est pas la conséquence d'une force collective (la désintégration des acteurs ou le manque de normes) agissant sur les individus, mais il s'inscrit dans une logique qui fait sens pour les acteurs et qui est au principe de la conduite : ici, seul compte le sens socialement orienté de l'action. La mise en évidence d'une gamme restreinte de logiques socialement inscrites (logiques de fuite, d'agression, de jeu ou d'altruisme) constituerait le cœur de l'analyse sociologique. Pour Baechler, le suicide est un événement mobilisé comme un moyen en vue d'atteindre des buts individuellement contractés et *socialement orientés*, nécessitant la prise en compte des motifs proprement individuels. En ce sens, l'auteur dénie toute validité à la démarche durkheimienne qui fait de l'analyse des facteurs sociaux un principe explicatif du suicide : pour Baechler, les variations constatées ne sont que des effets émergents de conduites individuelles.

*

Qu'il s'agisse de l'imprécision des données ou de l'impossibilité à rendre compte des motifs de la conduite suicidaire et de la logique des acteurs, ces critiques soulèvent deux points centraux qui ont contribué à orienter notre démarche d'investigation :

- *d'une part, notre connaissance statistique du phénomène suicidaire est limitée* ;

- *d'autre part, l'analyse statistique du processus suicidaire à partir des données administratives ne permet pas de saisir les motifs de ces conduites ainsi que les logiques singulières qui les sous-tendent.*

Considérant ces critiques, nous avons adopté une démarche ethnographique d'investigation visant à explorer les parcours sociaux qui sont susceptibles de favoriser les conduites suicidaires et le sens accordé à ces conduites par les personnes suicidantes. Cette démarche se fonde sur certains principes de l'analyse interactionniste et sur des méthodes qualitatives permettant de retracer les trajectoires sociales au cours desquelles les individus adoptent des postures et des conduites qui font sens pour eux, et ce, en évitant d'imposer aux participants de l'étude des catégories préétablies. À rebours de l'approche par les taux, ce type d'approche, encore peu développé en matière de conduites suicidaires, devait autoriser un accès original au processus suicidaire et à ses enjeux sociologiques.

Une analyse qualitative des tentatives de suicide : un objectif à repenser

C'est la perspective d'une analyse de trajectoires qui a constitué un point d'entrée pour notre étude. Nous nous sommes inspirés, pour ce faire, des propositions formulées au début des années 1970 par Ronald Maris (1971). S'inspirant de l'interactionnisme, l'auteur suggère que la conduite suicidaire est la conséquence d'une succession d'interactions où l'individu est progressivement enfermé dans un rôle de déviant, qui tend à dévaloriser son identité sociale et personnelle :

> « *The problem in the treatment of female suicide attempts is not primarily in the patient's pathology; it is in the social response to the patient's coping behavior. The appropriate concept for explaining much of female self-destruction is "secondary deviance" (Lemert, 1967; Schur, 1965; Becker, 1963; Goffman, 1961). "Secondary deviance," says Lemert (1967:40), "refers to a special class of social defined responses which people make to (moral) problems, like stigmatization or social control, created by the societal reaction to their (primary) deviance.* » (Maris, 1971 : 122-123)

C'est le cadre des interactions qui permet de saisir comment certains apprentissages sociaux se construisent au cours des trajectoires sociales des individus, par un processus progressif d'enfermement et de dévalorisation de l'image de soi. La conduite suicidaire, selon Maris, est l'aboutissement d'un processus de construction de l'image de soi, produit des rôles sociaux qui sont assignés aux individus et que ceux-ci finissent par investir personnellement, malgré eux :

> « *The sequence of interaction leading to female suicide attempts often is (1) primary deviation, such as promiscuity, prostitution, or drug abuse; (2) social penalties, such as arrests and fines, traumatic abortions, getting "busted" for illegal drug use, (3) further primary deviation; (4) stronger penal- ties; (5) a crisis in what Lemert calls the "tolerance quotient"; (6) reluctant acceptance of a new, negative identity, such as "whore," "addict," etc.; (7) increasing hopelessness and isolation, and reduced coping possibilities based on a new deviant identity; and, finally, (8) suicide attempts. Much, but not all, incorrigible suicidality among women is a product of societal reactions to an initial, relatively harmless and transient deviance. By stigmatizing the female sexual offender or drug abuser, legal authorities, physicians, and therapists can unwittingly contribute to future, more serious public health problems-such as suicide attempt* » (Maris, 1971 : 122-123)

Dans une perspective analogue, le travail de Dorothy Miller (1970) montre que l'analyse de dossiers de personnes décédées par suicide est une méthode intéressante pour cette étude de trajectoires. C'est ici, à notre connaissance, la théorisation interactionniste du suicide la plus aboutie. Dans un article publié en 1970, Miller suggère que la conduite suicidaire traduit précisément l'échec de modes adaptatifs individuels, dans un contexte de transformations des rôles et statuts sociaux où les individus se sont particulièrement investis. Cette transformation engendrerait *une situation d'incertitude normative* – autrement nommée « anomie » dans la continuité de la conceptualisation formulée par Merton (1965). Considérant à la fois l'ordre des interactions dans lequel les individus agissent et à la fois la contrainte normative d'un système social, Miller suggère que *le mode adaptatif du retrait* pourrait bien constituer ici un des principes du processus suicidaires. Il est caractéristique d'une situation où *1)* aucun groupe d'appartenance n'est disponible pour transformer ou contenir une situation de stress intense, et où *2)* aucun nouveau statut social ne permet à l'individu de revaloriser sa situation et de réorganiser son plan de vie.

Ruth Cavan a très tôt montré la pertinence de l'analyse qualitative en matière de conduites suicidaires (Cavan, 1928). À travers une investigation qualitative de cas de suicide richement documentés (archives médico-légales, journal personnel, article de presse, etc.), Cavan montre que la conduite suicidaire est l'aboutissement d'une inadéquation entre les aspirations individuelles et leur possibilité de réalisation :

> « *The process by which the wish to die become dominant in the experience of a person involves some major disturbance in that constantly shifting adjustment between the interests and ambitions of the person and the external social environment in which these interests normally should be realized. These breaks in a carefully balanced relationship in which the person seeks fulfilment for his interests in an*

environment which constantly modifies old interests and stimulates to new ones may take several forms. » (Cavan, 1928: 325)

C'est cependant l'approche par entretien auprès de personnes suicidantes qui a guidé notre démarche. Stephens (1985, 1987) a montré que cette méthode était particulièrement productive pour saisir la manière dont les individus investissent certaines dimensions de leur vie, et les difficultés spécifiques qu'ils rencontrent (dans le cas de Stephens, la relation amoureuse chez les femmes suicidantes). L'entretien permet de revenir précisément sur les événements et sur leur sens pour les acteurs. L'analyse des tentatives de suicide au moyen de l'entretien de recherche permet d'interroger plus directement la réflexivité des acteurs et leurs logiques d'actions plurielles, trop souvent réduites et reconstituées sans laisser place au discours des premiers concernés. L'enquête par entretien permet ainsi de rechercher les justifications formulées par les acteurs *a posteriori*, de saisir leur compréhension du geste et le type de discours qu'ils mobilisent pour s'approprier leur acte ou, au contraire, s'en distancier.

Redley (2003) suggère à ce propos que les études visant à évaluer l'impact des facteurs de risque se heurtent à une incompréhension des mécanismes au fondement du processus suicidaire, dans la mesure où elles mettent en relief des relations entre variables sans réussir à saisir la logique de ces relations. Il souligne ainsi la nécessité d'un modèle complexe de compréhension du phénomène suicidaire, fondé sur l'analyse qualitative, dont les entretiens représentent un outil particulièrement pertinent :

« *Contemporary research into self-harm is at an impasse. Epidemiological studies of risk factors are deficient since a profusion of risk factors is no substitute for explaining how particular factors become risk factors (Blumer 1956, Hood-Williams 1996). Explanations in terms of individual motives become almost mystical and are uncritically over-reliant on the perpetrators' perspective. More importantly, studies of this kind lose a sense of the trends reported in epidemiological studies.* […] *There is, therefore, a need for a new perspective on deliberate self-harm and the basis for this can be found in some recent approaches to the analysis of interview data.* » (Redley, 2003 : 350)

À partir d'une étude mobilisant 50 entretiens recueillis auprès de personnes suicidantes, directement à l'issue du geste ou au domicile des individus, Redley (2003) montre que les sujets de son échantillon décrivent un manque d'*agency*, c'est-à-dire un sentiment d'incapacité à agir et à réaliser un plan de vie désiré. Ce sentiment est renforcé par les relations entretenues par l'individu et il s'inscrit dans une trajectoire marquée par l'absence de projet stable lui

permettant de constituer des investissements concrets et valorisants, dans un contexte de précarisation importante :

> « *A life of minimised agency in an area of multiple deprivation, my analysis suggests, has a particular sensual dynamic:*
>
> *• the life lived is understood as being other than the life desired because routinely available remedies to this state of affairs – candidate solutions – are discounted. There is a preference for seeing difficulties as residing outside oneself and beyond one's control;*
>
> *• sequestrated from long-term projects there is marked preference for activities that offer short-term engrossment. Life is lived in a perpetual present; in the absence of long-term projects there are no sustainable and adequate reasons to forbear in the face of adversity;*
>
> *• social networks, where they exist, do not challenge this view of minimal agency, consequently this view is given effective endorsement by fellow residents and concerned professionals;*
>
> *• the question why take an overdose can be answered by the retort: 'why not?'.* » (Redley, 2003: 369)

Une enquête réalisée par Canevascini (2012) a trouvé des interprétations similaires auprès d'un échantillon de 14 personnes suicidaires ou suicidantes. Fondée sur l'analyse d'entretiens, l'auteure rapporte des résultats comparables : *les trajectoires sociales sont dominées par les difficultés sociales, économiques et familiales, et les individus peinent à trouver une capacité d'action propre*. Le geste vient marquer une structure de pouvoir qui est défavorable aux suicidants, qui jalonne leur parcours de vie et à laquelle ils répondent par cette alternative incertaine. L'analyse par entretien semble ainsi riche d'enseignements.

*

C'est à l'Hôpital que nous avons décidé de mettre en place cette enquête par entretien. En effet, les personnes dites-suicidantes sont essentiellement prises en charge en France par les services des urgences (Observatoire National du Suicide, 2014). L'Hôpital constitue ainsi la principale institution de repérage et de prise en charge des conduites suicidaires aujourd'hui et, ce faisant, il est un lieu privilégié pour mener à bien une campagne d'entretiens auprès des personnes dites-suicidantes. Le recrutement de l'échantillon de personnes ayant effectué une tentative de suicide devait être réalisé au sein des services d'urgence. La recherche se déroulant dans le milieu hospitalier et auprès de personnes particulièrement vulnérables, un protocole d'enquête a été rédigé au cours de l'automne 2014 et a reçu un avis favorable du Comité

d'Éthique et d'Évaluation de l'Inserm (CEEI) à l'automne 2015[26], date à laquelle l'investigation a pu commencer.

Cependant, au terme de 6 mois d'investigation auprès des services des urgences – dont nous présentons plus loin les difficultés et principes –, l'analyse de trajectoires suicidaires a dû être abandonnée. Le manque de matériau n'a permis d'aborder que quelques biographies qui n'ont pas été suffisantes pour organiser une typologie de trajectoires (voir *encadré 2* ci-dessous pour plus de détails sur les difficultés liées au recueil de témoignages). *Toutefois, la relation entre conduites suicidaires et institution de soin constitue un objet d'étude en propre, qui* pourrait *permettre d'aborder certains aspects des problématiques suicidaires au travers des difficultés spécifiques de leur prise en charge*. En effet, loin de considérer les conduites suicidaires et leur accueil par l'hôpital de façon séparée, *il s'est agi de saisir les enjeux de la prise en charge somatique et psychiatrique des urgences au regard des difficultés spécifiques présentées par ce public*.

Encadré 2: l'analyse des trajectoires suicidaires, un objectif avorté

La mise en place de l'enquête en milieu hospitalier auprès de personnes vulnérables exige la prise en compte de considérations spécifiques. Les problèmes éthiques relatifs à l'étude des conduites suicidaires ont fait l'objet d'approfondissements récents (Gibson, Benson, & Brand, 2012). Dans le cadre de notre démarche, la campagne d'entretiens s'est appuyée sur la présence et la disponibilité des professionnels de psychiatrie travaillant au sein des services investigués. Ceci devait permettre d'assurer le suivi médical des personnes suicidantes participant à l'enquête, et la possibilité pour le sociologue de soulever d'éventuelles inquiétudes auprès de services spécialisés. Pour ce faire, nous avons suivi une formation à l'écoute des suicidants et au repérage de la crise suicidaire. Nous nous sommes également assuré de la disponibilité des équipes des services investigués au cas où un problème surviendrait au cours de l'enquête.

La grille d'entretien destinée aux suicidants a été construite en récoltant et en thématisant des discours de personnes participant à des forums de discussion internet et qui abordaient spécifiquement leurs tentatives de suicide ainsi que les difficultés qu'elles pouvaient rencontrer. Elle a été structurée selon les domaines pertinents relevés dans la littérature et l'exploration des forums. L'Union Nationale de Prévention de Suicide (UNPS) a permis une relecture de cette grille ainsi qu'une rectification et une amélioration de son contenu. Trois axes structuraient cette grille : *1)* la trajectoire professionnelle et scolaire, *2)* la trajectoire familiale, *3)* les problématiques médicales et, plus particulièrement, les tentatives de suicide. Les thèmes abordés étaient volontairement indicatifs, l'ordre du récit étant laissé à l'initiative de l'interviewé (voir les annexes pour consulter la grille).

[26] Avis n°15-242 du Comité d'Éthique et d'Évaluation de l'Inserm, Institutional Review Board (IRB00003888) de l'Inserm (IORG0003254, FWA00005831) relatif au projet intitulé « Étude sociologique de la prise en charge des tentatives de suicide par les services d'urgences ».

Nous avons obtenu, à l'issue de cette investigation, six entretiens réalisés auprès de personnes ayant commis une tentative de suicide et ayant été prises en charge au sein des services investigués. Nous n'avons donc pas été en mesure d'analyser des trajectoires sociales différenciées, au regard du matériau disponible. Les problèmes relatifs à la mise en place de l'enquête et les difficultés liées à la participation des personnes suicidantes ne sont pas exclusifs à notre travail. Klineberg *et al.* (2013), s'intéressant aux conduites d'automutilation auprès d'adolescents, ont été en capacité d'interroger par entretien 30 individus dans le cadre d'une méthodologie de recherche par questionnaires. La participation de treize établissements scolaires a permis la passation d'un questionnaire à 319 individus qui ont fait l'objet d'une sélection aboutissant à l'entretien de 20 adolescents ayant effectué une automutilation et de 10 adolescents en « demande d'aide ». En d'autres termes, l'ampleur du dispositif a permis d'obtenir une quantité satisfaisante d'entretiens, mais au prix d'un recrutement pour le moins sélectif.

Canevascini (2012) a également mené une enquête qualitative sur la prise en charge et la prévention des tentatives de suicide en Suisse dans le cadre d'un doctorat d'anthropologie. Son objectif était également de mener à bien des entretiens de recherche avec des personnes suicidantes, mais elle a également rencontré des difficultés de recrutement importantes. Au sein d'un service d'urgence psychiatrique, elle a effectué une ethnographie de quinze mois et a obtenu une quinzaine d'entretiens, incluant des personnes ayant présenté des pensées suicidaires ou ayant effectué des tentatives de suicide. C'est ici le temps de l'étude et le type de recrutement des patients – patients suicidants *et* suicidaires – qui ont permis l'obtention d'une quinzaine d'entretiens. Margot Morgiève, qui a également mené une enquête qualitative fondée sur l'analyse d'entretiens auprès de suicidants, a obtenu une trentaine d'entretiens avec des patients déjà présélectionnés au sein d'un dispositif national de prévention de la récidive suicidaire : sur les cent-trente patients sélectionnés au sein de ce dispositif, trente d'entre eux seulement ont accepté d'être interviewés. L'enquête a duré six mois et portait sur l'ensemble du territoire français.

Le problème de participation que nous avons rencontré obéit tant au protocole d'enquête qu'à la population ciblée. Les services d'urgences sont caractérisés par une activité continue (24h/24), difficilement prévisible. Au sein du premier service d'urgence investigué, on dénombre environ 4 à 5 tentatives de suicide prises en charge par jour. Mais la possibilité de proposer la participation aux suicidants devait s'opérer à l'issue de la prise en charge psychiatrique (exigence du protocole). Il était donc nécessaire d'être présent et disponible au moment adéquat, alors même que les consultations psychiatriques s'effectuaient de façon continue (jour et nuit) et que les patients ne restaient que peu de temps au sein du service. Cependant, la possibilité d'une hospitalisation *psychiatrique* de courte durée au sein du premier terrain d'enquête constituait un atout pour l'inclusion de patients[27]. Au sein du second lieu d'observation, l'activité essentiellement diurne des entretiens psychiatriques auprès des personnes suicidantes a permis de déterminer des tranches horaires où la probabilité de trouver un participant était meilleure, bien que toujours incertaine. Cependant, ce service n'ayant aucune possibilité d'hospitalisation de courte durée pour les suicidants, le recrutement n'a pas été plus favorable[28].

Au-delà des difficultés liées à l'organisation du travail, au demeurant indépassables (sauf présence permanente du sociologue), on peut pointer d'autres contraintes imputables aux postures mêmes des patients. Plusieurs patients ont refusé directement la participation à l'enquête sans justification (l'absence de justification constituait une exigence protocolaire). Cependant, la majorité des patients ont refusé la participation à l'entretien après avoir accepté une première fois l'enquête au sein des urgences. En effet, l'entretien devait s'effectuer de deux semaines à un mois après la demande de participation faite aux

[27] Cinq personnes sur les six entretiens ont été prises en charge sur le premier terrain d'investigation.
[28] Un entretien a été réalisé sur ce second terrain.

urgences. L'objectif était de s'assurer que le patient puisse prendre une certaine distance par rapport à son geste, hors de la crise suicidaire à proprement parler. Malgré l'accord obtenu préalablement au sein des urgences, beaucoup n'ont pas voulu donner suite pour la réalisation ultérieure d'un entretien. On remarquera à ce propos que la taille importante de l'échantillon obtenu par Redley tient très probablement à la possibilité d'interroger le patient au cours de la prise en charge elle-même, ainsi qu'aux statuts de psychiatres et de psychologues dont jouissaient les membres de son équipe. On notera toutefois qu'il y a là des difficultés liées à ces choix, notamment dans le type de discours disponibles à l'issue immédiate du geste suicidaire et face à un membre du corps médical.

Des tentatives de suicide à leur prise en charge : une rencontre incertaine

L'organisation hospitalière constitue un espace perméable traversé par des processus sociétaux. Van der Geest et Finkler (2004) suggèrent à ce titre que les valeurs et normes extrahospitalières se rejouent au cœur de l'activité de soin, dans les logiques qui traversent les rapports sociaux à l'Hôpital :

- d'une part, les catégories de pensée que les acteurs acquièrent en dehors de l'hôpital se rejouent au sein du microcosme qu'est l'activité professionnelle de soin. En d'autres termes, les logiques à l'œuvre dans l'activité de soin ne se résument pas à une logique purement médicale ;
- d'autre part, les hôpitaux ne sont pas les « clones » réduits d'une société, et les valeurs et normes sociales qui les structurent acquièrent une spécificité à travers la singularité de l'activité qui s'y déroule.

En ce sens, les normes qui président aux rapports sociaux s'inscrivent de façon spécifique dans le travail de soin. Or, cette perméabilité de l'Hôpital autorise l'hypothèse selon laquelle *l'individualisation* constitue une dimension centrale du travail réalisé par les professionnels de santé. *Les tensions liées à l'autonomie pourraient, dès lors, traverser l'activité de soin et, ce faisant, se rejouer dans le traitement offert aux tentatives de suicide.* Or, précisément, parce que les conduites suicidaires trahissent une difficulté particulière à agir en tant qu'individu, cette rencontre parait incertaine. C'est là l'hypothèse générale que nous avons formulée en introduction.

À ce titre, comme on l'a suggéré précédemment, l'analyse de la prise en charge médicale des tentatives de suicide pourrait révéler certains enjeux des tentatives de suicide, au travers de la posture adoptée par les patients à l'égard du soin. Le travail mené par Muriel Darmon (2008)

concernant l'anorexie mentale montre précisément que la problématique de ces patientes se rejoue de façon singulière dans le déroulé de leur prise en charge. D'abord, à l'instar de la carrière de fumeur de marijuana décrite par Becker (1985), Darmon dépeint la carrière anorexique en délimitant les étapes successives de l'investissement de ces jeunes femmes, le plus souvent issues des classes moyennes ou supérieures, dans des conduites de résistance et de contrôle radical de leur corps et de leur environnement social. L'auteure montre, par ailleurs, que la carrière anorexique s'inscrit dans un espace normatif qui dépasse le seul cadre des interactions. Se fondant notamment sur la sociologie de Bourdieu (1979), elle montre que des normes historiquement constituées structurent les modes de perception des jeunes femmes interrogées, à travers des représentations intériorisées et incorporées qui préexistent aux interactions. Des apprentissages sociaux, donc, qui ont trait à la valorisation de la performance individuelle et à la distinction de soi, et qui sont caractéristiques des injonctions normatives liées au genre et à l'origine de classe, sont réinvestis dans une conduite de contrôle corporel et social extrême, progressivement acquise dans le parcours de vie.

Mais, pour saisir cette carrière anorexique, Darmon montre encore comment la prise en charge de ces conduites fait écho aux problématiques spécifiques des jeunes anorexiques et comment la posture caractéristique de ces patientes rend plus complexe leur prise en charge. Elle montre notamment que les conduites de résistance des patientes, qui structurent leur mode d'interaction, peuvent se consolider dans le contexte de soin et poser des difficultés particulières pour le personnel. L'auteure identifie ainsi les difficultés rencontrées par les professionnels vis-à-vis des patientes qui font preuve d'une résistance particulièrement prononcée, et la remise en cause du rôle soignant et de la relation de pouvoir qui organisent le travail de soin. Les « dispositions de classe » qui structurent l'attitude des patientes à l'égard de leur corps et de leur environnement familial ou scolaire sont également projetées au sein des interactions avec le personnel. Le travail psychiatrique est ainsi confronté à une posture socialement acquise qui *se rejoue dans le travail de soin lui-même*.

C'est précisément cette mise en parallèle qui nous a intéressé dans l'étude de la prise en charge des conduites suicidaires. Pour saisir cette rencontre, nous avons réalisé une enquête ethnographique de trois services d'urgence. La prise en charge des tentatives de suicide aux urgences demeure, en France, largement inexplorée, alors même que ces services constituent le premier lieu d'accueil de ces conduites. Or, au niveau des urgences, la réponse apportée aux

personnes suicidaires ou ayant effectué des tentatives n'a rien d'évident. Sur les 176000 à 220000 passages aux urgences pour tentative de suicide, estimés pour l'année 2007, Chan Chee et Jezewski-Serra notent que 47% d'entre eux ne font l'objet d'aucune hospitalisation (Chan Chee & Jezewski-Serra, 2014). Certes, l'hospitalisation n'est en rien le gage d'une bonne prise en charge de ces conduites. Et il est vrai, par ailleurs, que les études montrent généralement que la disponibilité du soin constitue un facteur protecteur face aux conduites suicidaires en population générale[29]. Mais qu'en est-il précisément de la prise en charge de ces conduites une fois le geste réalisé ?

Celle-ci dure, dans la majorité des cas, une journée ou moins (Chan Chee & Jezewski-Serra, 2014) et, malgré la présence des équipes de psychiatrie aux urgences, dans 10 à 20% des cas « *le relais de soins ne peut* […] *être mis en place de façon adaptée.* » (Stephan et al., 2011 : 45). Sans affirmer qu'un défaut de prise en charge est systématique, les difficultés liées à la prise en charge des tentatives de suicide aux urgences, qu'elles soient maitrisées ou non, sont susceptibles de nous révéler plus que l'exercice d'un protocole de soin. C'est à la compréhension de cette dynamique incertaine que nous souhaiterions apporter des réponses, celles-ci étant susceptibles de nous révéler la place de l'autonomie et des conflictualités qu'elle suscite pour les populations suicidaires ainsi que dans le déroulé de leur prise en charge. Dans la prochaine section, nous présenterons les hypothèses empiriques qui découlent de cette grille de lecture et de la littérature sur le sujet, ainsi que les principes méthodologiques qui ont guidé notre enquête concernant l'analyse du travail médical.

[29] Par exemple, Taylor *et al.* (2005, cité par Le Clainche dans Observatoire National du Suicide, 2016) ont pu montrer que l'utilisation des services de santé en Australie est associée à la réduction des risques de suicide pour les individus atteint de troubles mentaux. *La reconnaissance et la prise en charge médicale des troubles mentaux, en amont de sa prise en charge aux urgences, tendent ainsi à réduire les risques de suicide et de tentatives de suicide.*

2.1.2 Une sociologie des urgences

Pour saisir les tenants et les aboutissants de ce travail de soin mené auprès des conduites suicidaires, nous avons mis en place une enquête ethnographique auprès des services d'urgences de deux villes françaises. Nous avons appuyé notre démarche sur la littérature qualitative du travail médical, s'inspirant notamment de la sociologie interactionniste sur l'Hôpital (Becker *et al.*, 1961; Freidson, 1984; Peneff, 1992, 2000; Strauss, 1992). Nous présentons ici les concepts et hypothèses qui nous ont permis d'analyser nos données de terrains, ainsi que les principes et difficultés d'ordre méthodologique.

L'enjeu du travail aux urgences somatique

L'étude de la relation de soin à l'hôpital a montré que celle-ci ne se réduisait pas à la relation « médecin-patient ». Dans ses études sur les infirmières, Anne Vega (1997) a montré que la triade médecin/soignant/patient était une relation de pouvoir dont les termes ne pouvaient se comprendre qu'à l'intérieur même de cette relation. La proximité des soignants avec les patients, c'est-à-dire la connaissance quotidienne du patient, est une ressource importante dans la relation de pouvoir que les soignants entretiennent avec le personnel médical : elle permet aux soignants une connaissance quotidienne et plus globale des malades, qu'ils font valoir pour asseoir leur autonomie de travail. Ce modèle de l'*ordre négocié*, formulé par Strauss (1992), permet de saisir que la régulation des relations sociales à l'hôpital procède d'une négociation entre les différents acteurs impliqués dans ce que l'on peut nommer des *relations de pouvoir*, c'est-à-dire des liens d'interdépendance entre acteurs, où chacun peut mobiliser des ressources pour orienter l'action de l'autre dans un sens déterminé au sein d'un plan d'interaction donné. Le modèle de la négociation considère ainsi que l'ordre des interactions est négocié *en contexte*. S'attachant à l'étude des interactions et au sens de la conduite des acteurs, l'objectif de la démarche ethnographique est ainsi de saisir la manière par laquelle cette relation se négocie et quels processus permettent d'expliquer les relations observées.

Vega montre qu'un travail d'*étiquetage* du « bon » et du « mauvais » malade est central dans cette négociation de l'identité des professionnels et dans l'autonomie de travail :

> « *Les partis pris des infirmières contre les médecins à l'égard des « bons » malades, les dénis du discours des « mauvais » malades sont encore les signes d'une négociation constante du pouvoir entre blouses blanches. Mais ces pratiques d'étiquetage attestent aussi de la gestion problématique de la*

> *maladie par les soignantes, liée à leur positionnement nécessairement ambigu à l'égard des malades. À cause de son rôle si particulier de pivot, l'infirmière a tendance à polariser finalement l'ensemble des demandes et des angoisses des médecins, des malades et des familles tout au long de l'hospitalisation. Autrement dit, les professionnelles de santé pratiquent quotidiennement un « désinvestissement personnel » auprès des « mauvais » malades, car elles risquent d'être atteintes moralement et physiquement par les pathologies qu'elles soignent.* » (Vega, 1997 : 118-119)

L'étiquetage constitue ainsi un procédé par lequel les acteurs organisent et hiérarchisent leur activité en vue d'une gestion optimale de leur environnement. Lacaze (2008) rapporte à ce titre que la posture des soignants implique une distanciation *de principe* vis-à-vis du patient, qui structure l'interaction en faisant du processus de distanciation et de désignation un élément fondamental du rapport médecin/malade :

> « *La séparation « eux » – « nous » est un des traits fondamentaux du stigmate. Dans le secteur des relations soignantes (et particulièrement en psychiatrie), ce trait est consubstantiel à la création de l'identité professionnelle de soignant. On apprend ainsi aux novices (infirmier, psychologue, médecin) à ne pas s'identifier au patient, à contrôler leurs émotions, à mettre une distance avec lui, etc.* » (Lacaze, 2008 : 191)

Cette distanciation est contrôlée et s'inscrit, comme le suggère Véga, dans des stratégies de pouvoir. Ici, l'étiquetage de « mauvais » malade, qui se traduit par une distance plus importante et un désinvestissement potentiel à l'égard du patient, s'effectue principalement *« dans les contextes de stress professionnel, suite à une longue hospitalisation du malade »* (Vega, 1997). Or, dans un contexte où le temps ne permet pas d'établir, sur le moyen ou le long terme, des échanges approfondis avec les malades, et où l'exigence du soin invite à rapidement orienter et décharger la personne, l'étiquetage des malades est nécessairement différent. C'est le cas aux urgences. Les investissements et désinvestissements classiques continuent-ils d'opérer ?

L'étude de Mizrahi (1985) sur les jeunes médecins a montré que dans un contexte de forte activité où le manque de temps et de moyens structure le travail, *le personnel* anticipe *un modèle de relation médecin-patient « négatif »* : les « mauvais » malades, qui ne se comportent pas de manière attendue, sont *anticipés*, soupçonnés de vouloir abuser des soins médicaux ou d'être pénibles, tandis que les « bons » malades seront anticipés comme étant coopératifs. La gestion de l'urgence et les contraintes liées au flux des malades se substituent ainsi à

l'approfondissement relationnel auprès du malade, et peuvent engendrer une stigmatisation prononcée affectant le déroulé de la prise en charge.

Pour saisir la spécificité de l'ordre négocié des interactions aux urgences, la *catégorisation anticipée de la « clientèle » et son « contrôle » semblent ainsi des éléments fondamentaux tant du travail médical que du travail paramédical*. Peneff (1992), dans son étude sur les urgences générales, décrit ainsi trois types de catégorisations spontanées liées à l'importance conférée au contrôle de la clientèle :

> « *Le contrôle a donc des extrêmes : limiter l'énergie de certains patients ou relancer la vitalité d'autres* […]. *La forme principale est néanmoins de maintenir l'impatience dans des limites tolérables ou de la transformer en expression humble, en supplique muette de la part de l'accompagnant qui n'osera pas davantage que regarder sa montre chaque fois qu'un agent passe. Ce contrôle est si important qu'il est à l'origine d'un classement spontané des clients, par le personnel, en trois catégories :*
>
> *I.* *les sérieux, c'est-à-dire les cas graves* […].
>
> *II.* *Les « habitués ». Ce sont les TS* [tentatives de suicide] *à répétition, toxicomanes, alcooliques, malades psychiatriques que l'on reçoit périodiquement. Ils sont stigmatisés car ils nécessitent des actes fatigants (tel le lavage d'estomac) et parce qu'ils sont difficiles à contrôler : instables, irascibles, violents parfois* […].
>
> III. *Tous les autres entrants venus pour des raisons médicales banales ou sérieuses sont catalogués en deux groupes : les « gentils » et les « râleurs ».* » (Peneff, 1992 :89-93)

Les professionnels des urgences accueillent des populations aux difficultés socio-économiques et aux problèmes psychiatriques plus saillants que les autres services hospitaliers, qui ne sont pas sans provoquer des formes de distances plus prononcées (Peneff, 1992). Aux urgences, les patients alcooliques et toxicomanes en particulier, et les patients psychiatriques de façon générale, peuvent en effet plus souvent endosser le rôle de « mauvais » malade. La nature même des troubles est susceptible d'engendrer plus fréquemment des agitations et des comportements qui perturbent l'activité de contrôle de la clientèle, nécessaire à la gestion des flux. Les contraintes des urgences orientent les professionnels vers un modèle d'action où les patients présentant des symptômes supposément psychiatriques sont, sinon négligés, du moins l'objet de désinvestissements plus fréquents.

Mais ce constat exprime également une tension dans le travail. Mizrahi (1985) montre bien dans son étude que les jeunes médecins sont socialisés par leurs ainés à libérer rapidement

les lits, mais qu'ils doivent cependant ne pas *négliger* les soins et « faire leur travail ». Cette tension au cœur de l'activité suscite différentes stratégies chez les professionnels.

Considérant ces différents éléments, nous avons cherché à interroger ces propositions au regard de notre terrain et à situer, dans cet ensemble, la place des tentatives de suicide au sein de l'organisation des soins. Une hypothèse initiale a consisté à penser que les conduites suicidaires tendaient, en probabilité, à faire l'objet d'un moindre investissement de la part des professionnels. En effet, les conduites suicidaires pourraient bien être considérées, par *anticipation*, comme de « faux » malades, selon la typologie proposée par Vega (1997) :

> « *Selon la plupart des infirmières, ces malades sécrètent alors leurs propres souffrances, et sont souvent qualifiés négativement au moyen d'étiquettes « psychologisantes » (« douillets », « exigeants », « égoïstes », « simulateurs », « psy », « hypocondriaques »). Si l'ensemble du personnel participe à ces pratiques d'étiquetage des malades, les infirmières reprochent plus particulièrement à une partie des « mauvais » malades de ne pas bien assumer leur maladie.* » (Vega, 1997 : 116)

Or, ce processus d'étiquetage finit en fait par *individualiser les causes ayant conduit à la maladie*, et ce, au-delà même des pathologies psychiatriques :

> « *Pour éviter toute identification avec le mauvais malade, les infirmières reconstruisent les nosologies médicales en faisant du malade un objet de discours et d'altérité, symbole du mal, plutôt qu'un individu atteint de maladie ou de handicap. Encore une fois, le passage d'un modèle axiologique à un système ontologique de la morbidité est particulièrement visible auprès de patients incurables restés très longtemps dans les services, ou touchés par des maladies qui échappent en partie à la biomédecine. Selon la pénibilité du travail, la pathologie du malade peut être tantôt totalement mise à distance, supplantée par des notions de tempéraments innés, individuels, totalement déconnectés des savoirs médicaux officiels : le malade est une personnalité ayant plus ou moins la volonté de guérir. La maladie qui l'afflige n'est plus un état, mais partie intégrante de son être, rapportée à son caractère individuel ou culturel.* » (Vega, 1997 : 117-118)

La question de l'attribution de responsabilité et de l'individualisation pourrait ainsi être au centre des problématiques d'action des professionnels, marquant de façon significative le traitement social dont sont l'objet les conduites suicidaires aujourd'hui. De là, nous proposons l'hypothèse selon laquelle cette attribution de responsabilité se pose de manière saillante dans la prise en charge des conduites suicidaires, dans la mesure où celles-ci trahissent précisément une difficulté particulière à satisfaire aux exigences contemporaines d'autonomie.

L'enjeu du travail psychiatrique

Les objectifs du travail psychiatrique en situation d'urgence sont, pour le moins, contradictoires. Celui-ci doit, d'une part, apporter une réponse rapide et efficace en assurant la sécurité des personnes. Mais il doit également, d'autre part, limiter l'hospitalisation dans un contexte où la gestion des lits est centrale et où l'autonomie du sujet est valorisée. Robin *et al.* (2001) notent que le développement de la psychiatre d'urgence *« repose paradoxalement sur la chronicité hospitalière en psychiatrie. La politique asilaire, longtemps marquée par le recours prioritaire à l'hospitalisation, a généré des processus qui conduisent à la répétition ou au maintien d'hospitalisations psychiatriques, pour des patients dont la dimension aiguë des symptômes psychiatriques initiaux a disparu. »* (Robin et al., 2001 : 154). Le travail psychiatrique d'urgence s'inscrit précisément dans une dynamique visant à réduire la prise en charge asilaire des problématiques psychiatriques.

Pour saisir la teneur du travail psychiatrique effectué auprès des personnes ayant réalisé une conduite suicidaire, il convient d'en saisir les objectifs spécifiques. Ceux-ci sont redevables des connaissances accumulées dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle. L'influence du développement international d'un domaine pluridisciplinaire propre à l'étude du suicide, *la suicidologie*[30], a progressivement fourni des modèles et des outils de repérage (celui de Terra et Seguin, l'échelle de Beck, la méthode ECES de Shea (Stephan *et al.*, 2011)) qui, dépassant les limites de la seule psychopathologie, permettent d'évaluer et prévenir une « *crise suicidaire* » :

> « *Malgré de nombreux préjugés et la crainte que suscite le suicide, il apparaît maintenant possible de le prévenir. Identifier la crise suicidaire et en évaluer la dangerosité rendent possible l'action thérapeutique et permettent d'éviter le passage à l'acte suicidaire* » (Terra, 2003 : 20).

Michel Autès (2011) a mis en exergue, au début des années 2010, que la mise en place d'une politique de prévention du suicide se fondait aujourd'hui essentiellement sur une vision acquise à la question de la santé mentale. Le Programme National d'action sur le Suicide 2011-2014 (Ministère de la Justice et des Libertés *et al.* 2011) ne dément pas cette importance de la Santé Mentale et de la prise en charge des souffrances psychiques. Dans son évaluation du programme national d'action sur le suicide 2011-2014, l'HCSP (2016) souligne précisément

[30] Ce développement a assis une conception multifactorielle du suicide, conception qui a toujours prévalu parmi les psychiatres, malgré la diversité des théories (Mucchielli & Renneville, 1998).

les liens étroits entre santé mentale et conduites suicidaires. Il préconise d'inscrire la prévention du suicide dans une politique plus générale de Santé Mentale plutôt que de constituer un programme spécifiquement dédié au suicide. Il hiérarchise les priorités d'actions et place au premier rang les trois propositions suivantes :

> « *1. Former au repérage de la crise suicidaire et à la prévention du risque suicidaire chez les personnes à risque, dans une démarche établissant le lien avec l'organisation du système de soin.*
> *2. Développer une organisation des soins pour le suivi systématique des personnes ayant fait une tentative de suicide et les populations vivant avec des troubles psychiques à forte suicidalité.*
> *3. Mener des actions de promotion de la santé mentale et des compétences psychosociales, dans les établissements d'enseignement, dans les entreprises, dans les établissements qui sont des lieux de vie.* » (HCSP, 2016 : 59)

Au niveau mondial, le suicide est bien inscrit dans un plan d'action plus global pour la santé mentale (Organisation mondiale de la Santé, 2013). L'HCSP préconise que les futurs programmes de prévention du suicide soient prioritairement attachés à la prise en charge des suicidants et des personnes présentant des troubles mentaux dits *« fortement suicidogènes »*.

La psychiatrie, ici, est un acteur incontournable en matière de santé mentale. Pour reprendre les termes de Becker (1985), l'institution d'une norme nécessite la présence d'entrepreneurs de moralité permettant la diffusion et la domination de cette norme. Or, l'émergence des questions de santé mentale trahit précisément les transformations contemporaines de l'individualité, c'est-à-dire l'institution des idéaux d'autonomie et de responsabilité dont les conduites suicidaires incarnent, selon notre modèle, l'antithèse. Les réponses apportées à ces difficultés suscitées par l'autonomie traduisent ainsi les nouveaux idéaux contemporains d'autodétermination individuelle et de responsabilité, la psychiatrie participant notamment de ce processus qui la dépasse :

> « *Le style de réponse aux nouveaux problèmes de la personne tend à prendre la forme d'accompagnements des individus, éventuellement sur la durée d'une vie. Ils constituent une maintenance se déployant par des voies multiples, pharmacologiques et psychothérapeutiques, certes, mais aussi sociopolitiques. Des produits, des personnes ou des organisations en sont le support. Ces acteurs multiples se réfèrent à une même règle : produire une individualité susceptible d'agir par elle-même et de se modifier en s'appuyant sur ses ressorts internes. Ici réside l'une des mutations décisives de nos formes de vie, parce qu'il n'y a pas là un choix que chacun peut faire de manière privée, mais une règle valable pour tous sous peine d'être mis en marge de la socialité. Entrée dans nos usages, insérée dans nos mœurs, disposant d'un vocabulaire employé en permanence (élaborer des projets, passer des*

> *contrats, faire preuve de motivation, montrer des capacités de présentation de soi, etc.), la règle de production de l'individualité fait corps avec nous. Elle s'est instituée.* » (Ehrenberg, 2001 : 41).

La psychiatrie est ainsi particulièrement présente au sein de ce processus, constituant une réponse centrale « *aux nouveaux problèmes de la personne* » visant à « *produire une individualité susceptible d'agir par elle-même* ». En matière de conduites suicidaires, la transformation historique du discours sur le suicide, passant d'une condamnation morale et punitive à une posture préventive, psychologique et médicale (Lustman, 2008), se traduirait aujourd'hui, selon certains auteurs, par une domination de la psychiatrie tant dans la manière de concevoir les déterminants des conduites suicidaires que dans les moyens utilisés pour les prendre en charge et les prévenir (Canevascini, 2012).

Or, ce principe du travail psychiatrique n'est pas sans poser problème en ce qui concerne la prise en charge des conduites suicidaires. En analysant le travail d'une unité d'urgence psychiatrique suisse, Canevascini (2012) décrit des logiques de prise en charge des conduites suicidaires qui négligent la dimension sociale des acteurs, et qui *médicalisent* excessivement un phénomène qu'elle juge « *essentiellement de nature sociale* ». La logique psychiatrique, qui s'attache à faire réaliser par l'individu un travail sur soi, et non nécessairement à intervenir sur les problématiques relationnelles elles-mêmes ou sur les conditions socio-économiques des individus, procèderait alors précisément à une *responsabilisation* de ces derniers :

> « *Toutefois les prises en charge psychiatriques (qui découlent le plus souvent de cette forme d'expression), bien que donnant à l'individu une certaine forme de reconnaissance compassionnelle, nient souvent les dimensions sociales et politiques sous-jacentes à la souffrance, renforçant la détresse des individus. Au lieu de changer les conditions de travail et de domination qui induisent la souffrance, ce sont les individus souffrants qui sont soignés afin qu'ils puissent mieux s'adapter au contexte. Ce dernier n'est d'ailleurs pas remis en cause.* » (Canevascini, 2012 : 384)

Il y aurait ici une contradiction qui pourrait porter préjudice aux usagers. Mais quels sont véritablement les principes de cette intervention qui constitue l'une des réponses centrales de la question suicidaire en France ? Les dimensions sociales passent-elles effectivement au second plan, et dans quelle mesure ?

*

En se fondant sur l'étude de la décision médicale proposée par Nicolas Dodier (1993), on peut décrire un des principes du travail psychiatrique ; à savoir, l'évaluation spécialisée de

la plainte. En effet, analysant les pratiques des médecins du travail, Dodier décrit trois procédures typiques dans le diagnostic d'aptitude au travail des salariés. *1)* Dans la décision administrative, le médecin repère au sein d'une liste d'indicateurs si le patient correspond à une catégorie médico-administrative impliquant *de facto* des restrictions d'aptitude : le patient est jugé au regard d'un modèle d'action adapté. *2)* Dans la décision clinique, le médecin identifie des symptômes, au regard d'un tableau préétabli, et émet une hypothèse diagnostique. Les symptômes sont décrits en tenant compte de la singularité du patient, et c'est la structure finale du tableau clinique qui oriente l'action du médecin. *3)* Enfin, le médecin peut choisir de *déléguer la décision d'aptitude au patient*, considérant ce dernier comme *un sujet autonome* et abandonnant *de facto* son rôle d'expert pour endosser celui de conseiller. On peut, sur la base de l'article de Dodier de 1991 (Dodier, 1991), rapporter la typologie à deux modèles d'action. Un premier modèle est orienté par la clinique médicale, voire par la décision administrative, et un second est orienté par l'écoute des souffrances et des doléances des salariés et la délégation de la décision :

> « *Pour une collection limitée d'objets (des risques et des pathologies particulièrement graves) le médecin peut prendre seul une décision, contre l'avis du salarié, voyant en lui, non pas le sujet choisissant son destin personnel, mais le membre d'une entité collective soumis à des devoirs. Dans la plupart des cas, au contraire, il informe le salarié de sa situation objective (sa santé, les risques qu'il encourt sur le lieu de travail), et lui délègue la décision finale.* » (Dodier, 1991 : 118)

La valeur accordée au discours du patient varie selon le cadre utilisé par les médecins. L'investigation *clinique* tend à découvrir, au-delà des demandes du patient, les éléments objectifs et préalables à la décision : le médecin investigue, apporte des preuves, voire réfute les plaintes. Les symptômes sont des indices, les plaintes des éléments parmi d'autres. Dans le cadre de la médecine du travail, le médecin peut faire primer l'intérêt collectif (de l'entreprise) sur l'intérêt personnel (du salarié), et évincer des doléances jugées excessives. Dans le cas d'une délégation de la décision, la plainte même est considérée comme prioritaire et structure l'action du médecin. Cette partition sommaire traduit l'idée qu'une même plainte peut s'interpréter différemment selon les modèles adoptés par les professionnels, ceux-ci devant statuer du mode d'action à privilégier selon certains facteurs.

L'introduction d'une prise en charge psychiatrique, selon Dodier, permet au médecin *« d'identifier les requêtes illégitimes, de leur trouver une raison médicale, et d'en déduire les mesures à prendre par souci du bien commun. »* (Dodier, 1993 : 182). Ce travail se réfère à un

rapport particulier à la plainte : la réponse psychiatrique à la plainte ne situerait pas la personne en tant que *sujet autonome. Mais cette formalisation réduit le travail psychiatrique à une objectivation de la plainte et à la négation de l'autonomie du patient. Or, cette réduction parait excessive, sinon erronée. Au contraire, tout l'enjeu du travail psychiatrique est de définir et d'accompagner l'autonomie de l'individu, de statuer sur la possibilité de juger le sujet comme autonome, de définir les termes de cette autonomie et de lui adjoindre le mode d'accompagnement le plus adapté.*

Livia Velpry a mis en lumière que c'est bien la définition de l'autonomie qui est en jeu dans le travail psychiatrique :

> « […] *tout l'enjeu de la prise en charge réside dans ce travail de définition et dans la valorisation de certaines formes spécifiques d'autonomie. Le comportement responsable du patient et le fait d'agir de soi-même, idéal de la personne normale, sont une sorte d'horizon jamais atteint de la prise en charge pour les professionnels.* » (Velpry, 2008 : 308).

On propose ici l'hypothèse selon laquelle le travail des professionnels des urgences psychiatriques consiste à statuer de la correspondance plus ou moins importante des suicidants vis-à-vis d'une certaine forme d'autonomie valorisée dans le contexte de soin, permettant aux professionnels d'asseoir leur décision. Par ailleurs, loin de négliger les processus sociaux et économiques qui façonnent ces conduites, ceux-ci sont intégrés dans le système de décision des professionnels. On souhaiterait donc comprendre en quoi l'exercice du travail psychiatrique aux urgences fait de l'autonomie une référence centrale dans la caractérisation de ces conduites, et saisir les difficultés consécutives à ces exigences du travail pour les patients comme pour les soignants.

Une ethnographie de la prise en charge des tentatives de suicide

Pour saisir les ressorts de la prise en charge au décours du geste suicidaire, nous avons effectué une ethnographie de trois services d'urgences de deux villes distinctes. Le choix de ces services s'est fondé sur la différence d'organisation de la prise en charge (voir *encadré 3*). La comparaison visait à saisir les régularités au principe de la prise en charge des conduites suicidaires et les contraintes spécifiques de chaque contexte de soin. Le choix de l'approche ethnographique visait à rendre compte des logiques d'action des professionnels du soin et des difficultés qu'ils rencontrent.

Encadré 3:deux organisations différentes

Le premier terrain est constitué de deux hôpitaux différents. L'unité d'urgences psychiatriques visée, située dans la ville *A*, ville moyenne de France, est administrativement attachée à l'hôpital psychiatrique. Ce service met en place un dispositif de prévention de la récidive. Ses murs font concrètement partie du Centre hospitalier Universitaire de la ville et sont situés en face du service d'accueil des Urgences générales adultes du CHU, qui a également fait l'objet d'une observation. Le service des urgences psychiatriques est composé, de façon permanente, d'une trentaine d'infirmiers, trois médecins psychiatres, deux assistants (médecins psychiatres ayant récemment soutenu leur thèse), quatre secrétaires, un cadre de santé, une assistante sociale (attachée au service mais n'ayant pas son bureau dans les murs) et un chef de service. En plus de cette équipe permanente, des externes et des internes effectuent des stages au sein du service, ainsi que des élèves infirmiers. Le service fonctionne en continu tous les jours de la semaine. Il est composé de huit lits d'hospitalisations pour un séjour d'une durée moyenne de quarante-huit à soixante-douze heures, de quatre bureaux de consultation au sein de l'unité, à quoi s'ajoutent des bureaux de consultations réservés aux infirmiers spécialisés dans le psycho-traumatisme. Une *salle centrale* est dédiée aux soignants et médecins pour effectuer l'essentiel du travail administratif. Une salle de pause pour le personnel est disponible et est également utilisée pour effectuer les transmissions. Le service comprend enfin un bureau pour le secrétariat, un bureau pour le cadre de santé, une salle de garde, et une salle de détente pour les patients et une cuisine. L'ensemble se situe sur un même étage sous vidéosurveillance, accessible par une porte sécurisée dont l'ouverture est commandée par le secrétariat ou la salle centrale, proche des agents de sécurité du CHU. Enfin, un bureau de consultation psychiatrique se situe au sein du service des urgences générales.

Les postes de travail sont répartis sur une durée de douze heures pour la majorité des infirmiers. Les internes peuvent effectuer des gardes de douze ou vingt-quatre heures et assurent les nuits. Les psychiatres et assistants assurent le service la journée et restent alternativement disponibles la nuit sur appel de l'équipe de nuit, afin de trancher les prises en charge complexes. En journée, un binôme infirmier/interne (ou assistant ou psychiatre) est attaché au service des urgences générales et intervient à sa demande. Un infirmier réalise la liaison avec les autres services de l'hôpital, et un à deux infirmiers œuvrent à la prise en charge des hospitalisations en cours. Les consultations des patients hospitalisés sont effectuées habituellement le matin avec les psychiatres ou internes, ou en cours de journée selon les circonstances. Des consultations sur rendez-vous de patients déjà pris en charge préalablement, ou se présentant spontanément au service, sont effectuées au cours de la journée. La nuit, un binôme infirmier/interne assure les consultations sur demande du service des urgences, tandis qu'un infirmier se charge de la prise en charge des patients hospitalisés. Deux infirmiers du service effectuent également des visites à domicile en semaine pour assurer le suivi de patients jugés à risque ou ayant des difficultés pour organiser un suivi post-hospitalisation ou se présenter aux consultations du service ou des Centres Médico-Psychologiques.

Le second lieu d'investigation est un service d'urgence générale d'un hôpital d'une grande métropole *B*. Au sein de ce service, l'équipe psychiatrique est chargée de prendre en charge les tentatives de suicide. Psychiatres et infirmiers de deux hôpitaux psychiatriques différents sont en poste permanent au sein du service des urgences générales et disposent à cet effet de trois box dédiés : un box de consultation et deux box pour installer les patients sur des brancards, une fois la surveillance médicale terminée. L'équipe psychiatrique est constituée au total de huit infirmiers : elle œuvre sept journées de douze heures par semaine, et mobilise à ce titre de deux à trois infirmiers par jour en moyenne. La nuit, seul un psychiatre de garde est présent pour assurer les évaluations, à la demande de l'équipe des urgences somatiques qui se charge de l'accueil et de l'installation des patients « psy ». Le week-end, des psychiatres assurent la journée, à tour de rôle. L'équipe infirmière psychiatrique partage l'intégralité des locaux avec l'équipe des urgences

somatiques, soit les salles de pause et les bureaux de transmission. Elle est concrètement sous l'autorité des médecins urgentistes du service et de celles des psychiatres.

Au sein de ce service, les patients séjournent le temps de leur évaluation par l'équipe somatique. L'équipe psychiatrique ne peut pas maintenir, comme sur le premier terrain, une hospitalisation de courte durée ultérieure à la prise en charge somatique puisqu'aucun lit n'est prévu à cet effet : si une hospitalisation est jugée nécessaire, même brève, elle ne peut se faire qu'au sein d'un service de psychiatrie extérieur à l'unité. Un psychologue s'occupe, au sein du service, du suivi de patients adressés par l'équipe psychiatrique, essentiellement pour des problématiques de psycho-traumatisme. L'équipe infirmière psychiatrique se charge ainsi de la prise en charge des patients le matin, et assure la préparation de l'orientation ainsi que les premiers entretiens. L'évaluation du psychiatre demeure nécessaire pour finaliser une décision de prise en charge. Si certains membres de l'équipe infirmière ont mis en place, il y a un an, un rappel téléphonique non systématique destiné à certains patients jugés fragiles et pour lesquels une décision de retour à domicile avait été prononcée, cette procédure a été abandonnée au moment de l'enquête.

Sur le premier terrain, les suicidants sont pris en charge par l'équipe des urgences générales qui a pour fonction d'assurer l'urgence vitale et les soins somatiques, ainsi que de prévenir le service psychiatrique une fois le patient en capacité de participer à une consultation. Celle-ci a lieu au sein du service des urgences générales, et peut être réalisée au cours des examens somatiques. Elle est assurée à toute heure de la journée et de la nuit. La surveillance des patients est entièrement laissée à la responsabilité des urgences générales, qui installent le patient à son arrivée. La consultation psychiatrique décide de trois orientations possibles : *1)* le patient ne nécessite pas de soin supplémentaire et peut sortir des urgences ; *2)* le patient nécessite une surveillance et est mis sous observation en hospitalisation aux urgences psychiatriques, le temps d'évaluer si une prise en charge plus longue au sein d'une unité différente est nécessaire ; *3)* le patient nécessite une hospitalisation dans un service psychiatrique auquel il est généralement directement adressé.

Sur le second terrain, les suicidants sont également pris en charge par l'équipe somatique. Cependant, aucun lit d'hospitalisation n'est dédié aux problèmes psychiques au-delà de la prise en charge somatique. Une fois l'enjeu vital assuré, l'équipe psychiatrique décide soit *1)* d'un retour à domicile, soit *2)* d'une hospitalisation en psychiatrie. Le délai d'observation est ainsi réduit pour l'équipe psychiatrique. La proximité entre soignants des deux services est plus importante dans la mesure où les équipes peuvent partager des moments de sociabilité communs. Le contrôle des patients « psy » est pris en charge quant à lui par les deux équipes. Cependant, les infirmiers psychiatriques sont plus fréquemment amenés à gérer, au sein des urgences générales, le contrôle des patients dits « psy » et des patients agités. La nuit, cependant, seul le psychiatre est présent pour évaluer l'ensemble des patients. L'absence du personnel de l'unité psychiatrique laisse à la charge de l'équipe de nuit des urgences la gestion de tous les cas « psy ».

La différence fondamentale des deux terrains obéit également, au-delà d'un délai d'observation plus conséquent pour le premier d'entre eux, à la différence des moyens humains engagés. Le premier service dispose de plus d'intervenants psychiatriques au service des urgences générales, et peut assurer les consultations de jour comme de nuit. La présence d'infirmiers au sein des urgences psychiatriques permet la mise en place de procédures de suivi approfondies et plus complètes. Ainsi, les patients non hospitalisés peuvent faire l'objet de consultations ultérieures au sein du service d'urgences psychiatriques, et ne sont pas seulement orientés vers une structure externe lorsque l'hospitalisation n'est pas requise (CMP). De plus, l'unité a mis en place différents dispositifs de prévention, notamment un dispositif dédié à la récidive suicidaire. La variété des réponses apportées aux patients du premier terrain tranche ainsi avec le déficit de possibilités du second.

Cette démarche d'investigation s'inspire de l'approche interactionniste de l'Hôpital (Becker et al., 1961; Peneff, 1992) et des méthodes qualitatives telles que l'observation (Peneff, 1995, 2009) et l'entretien de recherche (Bertaux, 2010; Demazière, 2007; Kaufmann, 2011). L'objectif de ce type de méthode est de pouvoir analyser *un processus microsociologique et ses modalités d'accomplissement,* et d'analyser le sens accordé par les acteurs à la réalité sociale.

L'observation ethnographique est l'outil principal mobilisé dans notre recherche. Elle constitue la base centrale sur laquelle l'analyse s'est portée. Elle a duré 6 mois, d'octobre 2015 à mars 2016. Par observation, nous entendons la description des lieux et des interactions observées sur le terrain, les consultations, les entretiens *informels* qui accompagnent cette description, la lecture de documents locaux permettant d'appréhender chaque service et d'en comprendre les logiques. Ces données d'observation ont été codées par thématiques, permettant d'organiser l'ensemble des éléments disponibles selon des thèmes décrivant des dimensions spécifiques du travail. Nous avons exploré, pour chaque thème, des éléments permettant d'expliciter certaines propriétés saillantes de l'activité, en mobilisant des réflexions construites au cours de l'observation (par induction à partir des données observées), et réinterrogeant les éléments théoriques et conceptuels issus de la littérature sociologique sur le travail médical que nous avons présentés précédemment.

Cette démarche consiste donc dans l'investigation d'un phénomène – ici, la rencontre entre tentative de suicide et prise en charge –, dans le but d'en dégager certaines propriétés centrales et de construire un modèle d'analyse. Il ne s'agit donc pas de la mise en place d'un protocole visant à administrer une preuve. Engager l'étude d'un espace donné, quel qu'il soit, a cependant nécessité un minimum de questionnements primaires, sur des domaines déjà connus de la littérature sur l'Hôpital et les Urgences. L'analyse de cette littérature permet de cibler, au cours de l'observation, des dimensions à approfondir, en mobilisant des concepts préexistants qu'il s'agit d'interroger au cours du recueil des données et, *a fortiori*¸ au cours de leur analyse. Nous n'arrivons donc pas « vierges » sur le terrain dans la mesure où nous pouvons mobiliser des connaissances relatives aux faits étudiés dans le but d'enrichir nos descriptions.

Cette démarche est fondée sur la capacité du sociologue à s'intégrer au terrain, intégration peu évidente en matière d'ethnographie hospitalière (voir *encadré 4*). La notion « d'attention flottante » constitue un principe central de cette méthode par observation directe. Il s'agit là d'éviter une trop grande focalisation sur des faits qui auraient été préalablement

sélectionnés à partir de la théorisation, en vue de laisser s'immiscer, dans la description, une part d'imprévu. Cette notion traduit l'idée qu'une part de hasard doit pouvoir intégrer la démarche de recherche et faire émerger de nouveaux éléments empiriques, encore peu connus de la littérature :

> « […] *abandonnant toute posture de maîtrise, [elle] permet de suivre des méandres inaccessibles parfois à l'observation volontaire* […] » (Pouchelle, 2010 : 14).

Le terme de sérendipité, mobilisé par Merton (1965), désigne un même ordre d'idée : un événement inattendu permet d'étendre une théorie existante, de la remanier ou de la refonder. Ces événements inattendus, qui viennent interroger la compréhension que le chercheur a du phénomène étudié, peuvent conduire à fonder un nouveau concept, voire à renverser l'armature théorique jusqu'ici établie. L'attention flottante est donc cette posture de recherche nécessaire visant à laisser s'installer dans la description et l'observation, dans les échanges informels, des éléments qui ne sont ni prévus ni nécessairement intéressants au premier abord. Ce principe d'induction constitue l'avantage de la démarche ethnographique :

> *« La force heuristique de l'ethnographie tient sans nul doute à sa puissance inductive – en d'autres termes, à sa capacité de changer de questions et d'hypothèses en cours de route. »* (Stephane Beaud & Weber, 2012 : 245)

Appliqué à notre terrain, ce principe a permis d'élargir nos considérations initiales relatives à la rencontre entre les *tentatives de suicide* et leur *prise en charge*. Ce procédé nous a permis en particulier de questionner plus que nous l'aurions pensé la manière dont les professionnels qualifient l'acte suicidaire et procèdent à leur accueil. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

Encadré 4 : l'insertion sur le terrain

Sur notre terrain, nous n'avions pas un poste assigné et nous n'étions pas pris en charge en tant que patient. Notre position était donc entièrement extérieure aux statuts de la structure. Cette posture place le chercheur en position extérieure à l'activité, et parfois dans une situation problématique : il peut être perçu comme un « voyeur », un suspect, etc. Il a donc fallu découvrir progressivement notre place sur le terrain. Dans un des services investigués, une des premières situations d'observation a permis de saisir, par la gêne occasionnée par notre présence, certains critères implicites de ce qui est considéré comme une « véritable » tentative de suicide. Elle a permis de mettre à jour *l'anticipation* des soignants à partir des informations rassemblées pour un cas :

Carnet A

Il est environ minuit. Une infirmière m'explique qu'il n'y a pas de TS pour le moment. J'apprends plus tard qu'il y a en fait deux IMV au SAS. Je lui demande donc s'il y a des TS, au regard de ce que j'ai appris. Elle m'explique qu'il y a deux IMV, mais qu'il s'agit de « toxico » : ça ne semble pas être de « vraies » TS. Elle indique que, si je veux, je peux partir, parce que si c'est pour rester ici à attendre, c'est peut-être mieux pour moi. Ma présence semble l'agacer, même si elle a accepté que je l'accompagne aux consultations. Sa réaction dénote l'idée que l'IMV du « toxicomane » n'est pas considérée suicidaire la plupart du temps. En tout cas, elle relève d'une catégorie qui n'est pas pleinement légitime dans le domaine des TS, et elle est anticipée par le dossier médical et les informations reçues avant l'entrevue.

La position d'enquête du sociologue peut également renforcer les tensions existantes au sein des services. Nous avons été introduits par la hiérarchie, et malgré une présentation individualisée auprès des soignants et la mise en place d'une réunion préalable à notre entrée sur le terrain, notre présence a pu être perçue comme perturbatrice. Un informateur bienveillant nous a permis de prendre la mesure de certaines réticences vis-à-vis de l'enquête. En investiguant cet aspect, nous n'avons pas été amenés à saisir simplement une gêne vis-à-vis de l'observateur (la posture d'observation, la façon de prendre des notes et d'interagir peut soulever des questions et des peurs légitimes). Nous avons pu approcher également la manière avec laquelle notre présence pouvait aviver des tensions préexistant à l'enquête. La mise en évidence de ces tensions renvoie souvent à un malaise plus global qui n'est pas sans intérêt pour l'analyse du travail tel qu'il est vécu par les acteurs :

Carnet A

J'ai tenté, à plusieurs reprises, d'avoir une « accroche » avec l'interviewé. Depuis mon arrivée, il est resté très fermé à ma démarche, distant, voire froid et indifférent. Je suis allé le voir pour lui assurer mon indépendance, et ma bonne volonté : chose qu'il a encore accueillie avec une certaine indifférence. J'ai d'abord demandé un entretien, à tout hasard, sur les prises en charge, ce qui m'a été refusé (ça ne l'intéresse pas). J'ai réfléchi à un moyen de contourner ce refus, et je lui ai fait part d'une proposition de discussion concernant une tâche spécifique qu'il effectue. L'objectif était de trouver un moyen détourné pour arriver à mes fins, avoir un entretien, même décalé. Il me répond favorablement mais en précisant qu'il ne veut ni parler de lui ni parler de mon enquête sur les TS. Je demande tout de même pourquoi et il me dit qu'on en parlera une autre fois : ce qui n'arrivera jamais. Il continue à être relativement distant ; malgré mes rappels concernant ledit entretien, je ne parviens pas à trouver un moment où il est disponible. Petit à petit, j'abandonne : je ne peux pas non plus le forcer et ce serait contre-productif de toute manière. C'est à l'occasion d'une pause cigarette qu'il me dit qu'il faudra qu'on trouve un moment pour l'entretien : c'est la première fois qu'il me relance. Je lui demande clairement s'il a un problème avec ma démarche. Quelques jours auparavant, j'avais demandé à assister à un entretien de suivi qu'il devait mener auprès d'un suicidant, et il m'avait répondu « non » froidement, sans plus d'explications, et était retourné à son journal. Je n'avais rien à perdre à être le plus direct possible.

Il me répond enfin qu'il n'a rien contre moi et m'explique son attitude. Ma présence lui semble avoir été imposée. Ce qui est valable pour moi l'est aussi pour tout un tas d'autres choses et c'est ce sentiment qu'il n'apprécie pas, et qui se traduit vis-à-vis de moi. Il a protesté quand il a su que j'arrivais. Je lui explique qu'une réunion a été organisée mais que la majorité du personnel n'était pas présent. Il me répond que les réunions sont évitées, et que s'installe, d'une façon générale, un sentiment de ne pas être entendu, et que les décisions sont prises sans véritable concertation. « On nous demande notre avis mais c'est pour ne pas nous écouter en somme ». Il me raconte les transformations du travail avec la création des pôles. L'hôpital est aujourd'hui géré par des gestionnaires, selon lui. Il exprime clairement l'idée de se sentir dépossédé d'initiative et de pouvoir. Son attitude n'est pas tournée spécifiquement contre moi, mais ma venue s'inscrit dans cette dynamique. « On a déjà assez des pressions et on nous impose tout un tas de trucs. Même s'il y avait eu une vraie réunion, ça n'aurait rien changé, les gens ne seraient pas venus ou l'auraient accueilli comme les autres. »

Ces difficultés d'insertion ne sont pas nouvelles, comme l'a souligné la sociologie de l'hôpital. Canevascini (2012) rapporte la même difficulté à investir le terrain hospitalier. La place du sociologue est ainsi à penser en rapport avec les processus sociaux qui traversent l'activité et qui permettent une meilleure compréhension de celle-ci. Sur l'un de nos terrains, par exemple, l'activité des soignants est plus individualisée. Ceux-ci travaillent en binôme et sont référents de quelques patients dédiés pour la durée de leur poste. Plusieurs personnes ont souligné, au cours de l'observation ou lors des entretiens, la frustration qu'ils éprouvent face à cette individualisation des prises en charge. Au sein de ce mode de travail, les tensions semblent importantes vis-à-vis de la survenue d'un enquêteur extérieur. Au contraire, dans le service où la prise en charge est davantage collective et où l'équipe est beaucoup plus restreinte (à l'image de ce que certains interviewés du premier service ont pu décrire de l'organisation antérieure du travail), la survenue du sociologue a été plus facile. La posture de l'enquêteur et les difficultés qu'il rencontre vis-à-vis des acteurs qu'il étudie semblent donc importantes pour saisir certains éléments de son terrain.

La découverte de sa place en tant qu'observateur est le fruit d'une participation minimale de l'enquêteur à l'activité des professionnels qu'il étudie. De fait, nous nous sommes efforcés de réaliser une « participation de non-participant ». Comme l'explique Arborio (2007), le sociologue peut participer au travail des professionnels en ramenant un coussin au patient, en répondant à certaines demandes, etc. L'objectif est *« d'alléger sa présence par une bonne volonté, une inscription dans les temps du travail ou de l'organisation étudiée et dans les pratiques collectives du groupe observé »* (Arborio, 2007 : 30). Cette participation, même minimale, ne signifie pas que le sociologue cherche à « se fondre dans le décor ». Elle lui permet de découvrir et d'expérimenter des gestes, des déplacements, des confrontations, d'interroger certains aspects de ce qu'il souhaite étudier et de nourrir un raisonnement sur le travail, sur sa production et sur ses difficultés. En bref, de mieux comprendre certaines propriétés du travail.

Sur notre terrain, nous avons ainsi souvent été porteurs d'eau ou de mouchoirs au cours des entretiens psychiatriques, accompagnateur de patients qui souhaitaient fumer, et parfois relais d'information pour d'autres médecins, libérant ces tâches aux professionnels qui pouvaient engager l'entretien, chercher les papiers administratifs nécessaires, ou gérer la détresse d'un patient en crise, etc. Ces expériences nous semblent loin d'être inutiles et elles servent à comprendre, dans les marges de l'activité, certains traits du travail. Donner à boire à un patient sous contention invite à prendre la place du soignant qui normalement réalise ce type de gestes, à observer de l'intérieur la dissymétrie des deux rôles, ou l'impuissance de l'un comme de l'autre. Accompagner un patient fumer permet de saisir l'importance de ce moment pour le personnel, et les contraintes différentes des contextes de travail selon les services : la surveillance des patients n'est pas la même dans un service d'urgence spécialisé en psychiatrie ou dans une équipe d'infirmiers psychiatriques intégrés au sein d'un service d'urgence générale. Les conséquences en matière d'organisation sont ainsi différentes.

Nous avons par exemple été amenés à aider une infirmière à réaliser la prise de sang d'un patient sous contention. La participation à ce type de scène invite à s'intéresser à la manière dont la violence et la perte de liberté sont pensées, négociées et vécues pour celui qui les exerce :

Carnet B

Avant de voir [tel] *patient, l'infirmière psy m'interpelle dans un couloir quand je reviens d'une pause cigarette. Elle me demander de maintenir le bras d'un patient pendant une prise de sang. J'acquiesce. Le patient est contentionné sur un brancard dans un box depuis hier. Il a reçu du Tercian pour être calmé mais le Tercian n'a plus d'effet et il faut des résultats de biologie rapidement pour évacuer d'autres problèmes biologiques. Le patient est tellement mal qu'il se contracte physiquement, se mord. Il a été contentionné durant la nuit pour éviter qu'il ne se fasse du mal. L'angoisse l'envahit tellement qu'il ne peut que se contracter dans différents sens, se faire du*

mal à lui-même et n'est pas en capacité de parler. Le patient est annoncé comme étant schizophrène. Il semble terriblement souffrir et n'a plus aucun accès à la parole : il pousse seulement des petits cris en se tordant sur son brancard. L'objectif après la prise de sang est de lui donner rapidement autre chose pour qu'il se calme et se repose. Toutes les tentatives de l'infirmière pour le détendre échouent : elle lui parle, lui caresse la tête en lui disant de respirer et lui explique qu'on va lui donner quelque chose pour le calmer, mais rien n'y fait. Le patient continue à se tordre et gémit. J'applique mes mains sur son bras en lui expliquant que c'est pour la prise de sang et que ça ne sera pas long. Pendant ce temps, l'infirmière fait les derniers préparatifs. Elle pique et le patient bouge assez peu. Je maintiens son bras. Le patient bouge un peu plus, le temps que le sang remplisse les fioles. La prise de sang est terminée. L'infirmière a été rapide. Je vais à l'entretien suivant mais avant l'infirmière interpelle le psychiatre pour qu'il lui prescrive un nouveau Tercian. Le psychiatre refuse et considère que cette molécule n'est pas adaptée. Il propose plutôt un Tranxène. Finalement, j'apprendrais après l'entretien qu'on aura donné un Rivotril au patient. L'infirmière me rapporte que, contrairement au Tercian, l'effet n'a pas été simplement de détendre le patient, il a réellement permis de calmer sa crise : le patient s'est remis à parler et à échanger. L'objectif était de trouver une molécule en faible dose, de ne pas « shooter » le patient, qu'il puisse parler et être évalué, et qu'il aille mieux et qu'il soit en mesure de participer concrètement à l'entretien. Dans cette scène, il n'a pas été question d'atténuer une conduite en évacuant médicamenteusement l'individu de l'interaction sociale. Il y a eu une recherche, longue, considérée comme étant au détriment même de la souffrance de l'individu, pour que le patient puisse être soulagé sans être rompu, et que la prise en charge puisse s'effectuer de façon optimale.

Nous avons tenté de mettre à profit ces expériences pour orienter nos questionnements et nourrir notre analyse.

*

L'usage de l'entretien a été pensé comme complémentaire à l'observation. La grille d'entretien des professionnels a été constituée en vue d'atteindre plusieurs objectifs centraux : ne pas parler tout de suite du suicide et de l'activité présente, mais impliquer l'interviewé (e) vis-à-vis de son parcours et de son ressenti dans d'autres situations ; situer le travail dans le cheminement successif des emplois et des formations ; atteindre progressivement les problématiques suicidaires et en discuter à la lumière de l'ensemble du discours, tout en resituant celui-ci dans le cadre des observations réalisées (voir les annexes pour consulter la grille d'entretien).

Sept entretiens ont été réalisés auprès de professionnels pour préparer l'enquête (psychiatre, infirmiers, internes, médecin, chefs de services, de régions différentes). Il s'est agi de préparer l'arrivée sur le terrain, de tester et de discuter la grille d'entretien pour les professionnels, les périodes les plus favorables pour l'observation et la proposition de participation à l'enquête, etc.

L'importance de la question de départ est centrale pour démarrer un entretien. Nous avons privilégié un récit biographique : par exemple, l'entrée dans le métier pour les professionnels (comment en êtes-vous arrivé à devenir soignant ?). L'exercice est difficile et tend à cristalliser des éléments saillants que les acteurs mobilisent pour se définir brièvement : les motivations d'entrée dans le métier par exemple. Dans tous les cas, les reprises visaient à aller des périodes les plus éloignées aux périodes les plus récentes, lorsque les discours des interviewé(e)s permettaient une telle reprise – c'est-à-dire lorsque celle-ci ne rompait pas avec le développement de l'interviewé(e). Ces exigences sont, bien évidemment, idéales : elles dépendent notamment des réactions des répondants, du temps disponible pour mener à bien l'entretien et de l'ouverture accordée à l'enquête (voir *encadré 5*).

Encadré 5 : trouver des soignants aux urgences et comprendre leur discours

Aux urgences générales du service *A*, il a été nécessaire de déterminer des tactiques pour contourner la contrainte du temps, qui est centrale aux urgences, comme on le verra. Ainsi, en interrogeant le personnel participant aux urgences préhospitalière *et* hospitalière, nous avons trouvé des moments plus propices pour réaliser les entretiens et convaincre les participants. Au sein du service *B*, si l'intégration a été plus rapide et la participation du sociologue plus importante, trouver un temps pour l'entretien restait problématique : c'est sur les pauses repas des interviewés ou lorsque l'activité n'était pas importante que ces entretiens ont pu être menés. Les urgences se prêtent mal à l'enquête par entretien, sauf à réquisitionner le temps personnel des employés ou à procéder, bon an mal an, selon le rythme de l'activité. Peneff, qui est pourtant resté durant une longue période au sein des urgences, a noté la réticence des personnels à s'engager dans un entretien plus biographique, touchant à leur parcours personnel et à des éléments de leur trajectoire privée, quand bien même le sociologue participait activement au travail mené dans ces services.

De plus, les interviewés sont susceptibles de présenter un discours de surface, considérant que l'indicible n'a pas sa place au cours de l'entretien formel. On pourrait ici considérer que ce problème fragilise l'enquête par entretien formel, là où l'entretien informel favorise l'expression plus franche. Pour autant, certaines justifications finissent par tomber, et certaines résistances peuvent être mieux expliquées. Une urgentiste d'un service dira, par exemple, ce qu'elle ne pense pas pouvoir dire en entretien :

Notes sur entretien

En arrivant au bureau. L'infirmier me dit que lui n'a pas trop envie de faire l'entretien. Un médecin est au fond, avec qui j'ai déjà fait un entretien. Personne ne semble avoir trop envie. Chacun insiste pour qu'un médecin, en particulier, fasse l'entretien avec moi (une blague insistante qui me convient très bien) : celle-ci dit ne pas avoir la « motiv » ' de se lever : les autres rigolent et disent que si je dois interviewer quelqu'un, c'est elle, « c'est sûr ». Je rentre dans leur jeu en plaisantant un peu, tout en suggérant l'idée qu'elle peut me consacrer le temps qu'elle veut. Ils me posent quelques questions, notamment sur le temps que mon enquête doit prendre : ils constatent que ce n'est pas comme leur thèse de praticien et que cela ne demande pas le même type de travail. Elle accepte quand elle apprend que c'est pour une thèse. Ils rigolent aussi du fait que je « vive » aux urgences en ce moment. L'infirmier me dit que, si je veux demain, il voudra bien.

> *À la fin de l'entretien, en marchant en direction du SAU, elle me raconte que les difficultés matérielles à l'hôpital sont problématiques. La réduction du budget conduit à acheter du matériel de moins bonne qualité, et se priver de certaines machines. Travailler dans des conditions « pas géniales », avec beaucoup de stress, pour environ 2300 euros après 10 ans d'étude « mais bon, il paraît qu'on fait ça par vocation alors ce n'est pas un problème (ironie) ». Dire que, les patients, ils font « chier », qu'il y en a qui sont « soûlants » et « pénibles », dire qu'il y a « des personnes à qui on a envie de dire comment ne pas se rater », ben ça ne se dit pas, donc l'entretien, ça la freine un peu parce qu'on ne peut pas tout dire, parce que ça ne se dit pas.*

*

Les entretiens menés auprès du personnel dont nous avons pu observer les pratiques peuvent être mieux contextualisés. *C'est cette interaction entre observation et entretien qui permet la constitution de propositions cohérentes et situées dans un contexte d'interactions.* Pour le dire autrement, certains *informateurs* (Kaufmann, 2011) ont fait l'objet d'une analyse plus poussée par entretien, permettant d'approfondir certains aspects relevés dans l'observation. Pour reprendre les termes de Peneff, *« les conditions de travail sont réfléchies par les acteurs qui interprètent et donnent un sens à leur action »* (Peneff, 1995 : 132) et c'est cette circularité qui peut s'avérer riche d'enseignements. C'est ce que nous recherchons dans l'usage de l'entretien : obtenir la dimension réflexive des acteurs vis-à-vis de certains éléments structurant leur activité. Il ne s'agissait pas de vérifier la véracité des discours à la lumière des observations (voir *encadré 6*). L'objectif a été d'obtenir une compréhension idéal-typique, nécessairement réductrice, mais qui permette de saisir l'activité, son déroulement, ses problèmes, ses enjeux. Cet usage de l'entretien est donc particulier, dans la mesure où il n'est pas pensé de manière indépendante de l'analyse par observation. Il s'est agi de reconstituer *a posteriori* une logique d'ensemble, à partir des éléments d'observation et d'entretien, et qui permette de rendre compte de la relation entre conduite suicidaire et soin.

.

Encadré 6 : se fier au discours et aux observations

Dans un article méthodologique sur la validité des informations recueillies, Demazière (2007) s'interroge sur le statut de l'informateur, et sur la validité de sa parole en entretien *; comment s'y fier ?* Demazière note que l'entretien non directif ou semi-directif accorde au langage un statut particulier :

> « *L'entretien approfondi, l'accord là-dessus est désormais largement partagé, ne consiste pas seulement à faire appel au souvenir pour obtenir un compte rendu exact de tel événement, épisode, expérience. Raconter c'est sélectionner des fragments (ce qui est important pour le narrateur), les insérer dans une histoire qui a un sens, et ainsi dire le monde dans lequel on vit et on a vécu, qui est aussi le monde auquel on croit, son monde. (Berger et*

Luckmann, 1986). Raconter c'est construire un point de vue sur le passé. Raconter c'est développer une version plausible, qui est aussi un possible parmi d'autres. Raconter c'est privilégier certains événements. Raconter c'est utiliser certains mots et expressions. Raconter c'est risquer des interprétations. Raconter c'est proposer une suite de définitions de situations (Thomas et Znaniecki, 1918-19) qui sont aussi des points de vue personnels sur ces situations, des choix de formulation parmi d'autres possibles, produites à un moment donné et dans des circonstances précises. Les interviewés qui racontent leurs expériences, mettent en scène les épisodes de leur vie, donnent de la signification a ce qui leur arrive, justifient et argumentent de manière à convaincre. » (Demazière, 2007 :93)

Dans notre travail, la mise en rapport des observations de terrain avec les discours des professionnels ne vise pas à valider ou infirmer les informations fournies dans les entretiens au regard des faits observés. Elle vise seulement à saisir le sens que les acteurs accordent à leurs pratiques : l'observation permet de rapporter, au cours de l'entretien, certains jugements et certains événements qui n'auraient peut-être pas émergé autrement. Les interviewés peuvent ainsi organiser les rationalisations, les critiques et les questionnements autour de ces pratiques, les approfondir. L'analyse s'enrichit, dès lors, du sens qu'ils donnent aux faits observés.

Ces discours peuvent « déformer » ou non l'observation du sociologue, c'est-à-dire ne pas entièrement correspondre aux observations. En ce cas, c'est toujours le sens accordé à la pratique par les acteurs qui importe : il ne s'agit pas, encore une fois, de valider ou de réfuter les événements tels qu'ils sont contés. Kaufmann (2011) explique que le travail sur les déformations de ce genre est lui-même central : si l'on parvient à saisir l'origine de la construction d'un sens particulier qui ne correspond pas aux observations, on a une piste d'analyse intéressante. Lorsque, sur notre terrain, certaines enquêtés expliquent qu'ils hospitalisent toujours les tentatives de suicide, ils exagèrent, par abus de langage, et ils ne mentionnent pas nécessairement les subtilités de leur activité. Cette déformation montre l'importance donnée au risque lié à la gestion des personnes en crise suicidaire : formuler cette affirmation consiste finalement à dépasser, par le langage, une aporie de la pratique. De même, en certains cas, l'entretien est l'occasion de nuancer certaines observations qui, sans l'explication des intéressés, auraient pu conduire à une méprise vis-à-vis du déroulement réel de l'activité.

C'est ce que l'entretien permet de préciser par la suite lorsqu'il est question d'aborder le travail tel qu'il a été observé. C'est en ce sens que nous mobilisons l'entretien comme une méthode secondaire, dans la mesure où les justifications émises ici permettent d'affiner les éléments déjà recueillis par observation et lors de discussions plus informelles.

Nous avons codé l'ensemble des entretiens recueillis en les organisant par thèmes. Nous avons ensuite exploré chaque thème. Considérant que l'observation en elle-même constituait une source de connaissance propre, nous avons mené séparément l'analyse des données d'observations, puis nous l'avons complétée des données issues des entretiens. En cela, nous rejoignons Peneff (2009), lorsqu'il écrit qu'il *« faudrait renoncer à noyer d'entretiens les publications d'observation, entretiens dont les extraits occupent facilement un quart de tout*

l'espace écrit, comme si la pratique était honteuse ou en tout cas illégitime. » (Peneff, 2009 : 134). Si nous mobiliserons plus avant dans le texte de nombreux entretiens pour illustrer certaines propositions, l'observation a constitué ici l'outil central sur lequel nous avons fondé notre analyse.

*

À travers l'ensemble des données disponibles, nous avons progressivement tenté de rendre intelligible l'activité des urgences. Notre matériau est ainsi constitué des carnets d'observations couvrant 6 mois d'investigation (des consultations entre l'équipe psychiatrique et les patients, des interactions informelles entre soignants et patients, entre soignants, avec le sociologue), thématisés puis analysés. Il comprend également l'analyse des entretiens effectués auprès de 27 informateurs (d'autres entretiens ont été éliminés pour des raisons de cohérence ou par défaut technique)[31], soit, 11 soignants des urgences générales et 16 urgentistes des services de psychiatrie. L'observation prolongée a permis l'échange avec d'autres professionnels, durant les pauses, dans l'espace fumeur, dans les couloirs, à l'issue des consultations, lors des réunions, durant la pause repas. Les personnes qui pouvaient être réticentes ou non disponibles pour un entretien formel ont participé, malgré tout, à la construction de l'analyse. Les échanges informels ont pu avoir lieu avec tous les personnels, notamment les aides-soignants ou les pompiers, qui ne font pas partie de l'échantillon d'entretiens formels. Par ailleurs, nous avons modifié les périodes d'observation selon les exigences de la recherche pour couvrir différents moments de l'activité des services. Nous avons ainsi observé le travail des urgences durant des journées ou demi-journées en semaine ou lors des week-ends, et durant la nuit.

[31] Plusieurs entretiens n'ont malheureusement pas pu être enregistrés et certains entretiens réalisés n'ont pas été concluants pour l'analyse : une personne de l'hôpital A de l'unité psychiatrique a été interrogée, dont le statut est différent de la majorité des entretiens – l'entretien a été utile pour comprendre le contexte (l'histoire du service notamment) mais son témoignage n'a pas été inclus dans l'analyse. Un entretien réalisé avec une personne de l'unité somatique a dû être écourté et n'a pas permis d'approfondissement. Un entretien n'a été enregistré que partiellement et fait l'objet d'une prise de note consécutive. Un entretien formel avec une infirmière du service B n'a pas pu être enregistré (faute de temps et de matériel disponible). Enfin, un entretien d'un chef de service d'un hôpital (C) a été réalisé après observation, et n'a pas permis d'approfondir les éléments déjà relevés par l'observation et par l'analyse des entretiens des hôpitaux A et B (le matériel recueilli à A et B nous a semblé à saturation à ce moment de l'investigation).

Résumé

Considérant que l'analyse statistique des conduites suicidaires et de leur prise en charge butait sur des limites de sens, nous avons engagé une démarche d'investigation par entretien auprès de personnes ayant réalisé une tentative de suicide afin d'étudier leur trajectoire sociale. D'une part, nous souhaitions approfondir les ressorts souvent attribués par les enquêtes qualitatives aux conduites suicidaires ; à savoir, la difficulté à agir selon un idéal normatif d'autodétermination personnelle et la difficulté à établir un projet de vie structurant et satisfaisant. D'autre part, nous entendions comprendre comment de tels ressorts étaient compris, accueillis et finalement traités par les urgences.

Faute d'un recrutement suffisant, nous n'avons pas été en mesure d'analyser les trajectoires sociales de personnes suicidaires. Toutefois, l'observation des services nous a permis d'obtenir une meilleure connaissance des enjeux de la prise en charge. Il a été question ici de s'interroger sur les difficultés relatives à l'accueil, à l'évaluation et à l'orientation des conduites suicidaires. La présentation des enjeux du travail médical et psychiatrique, dans le contexte de la prise en charge des conduites suicidaires, devrait permettre de mieux saisir la place de l'individualisation dans la rencontre entre tentatives de suicide et prise en charge, hypothèse étant faite, ici, que l'individualisation traverse la prise en charge médicale et qu'elle suscite des difficultés spécifiques concernant l'accueil des conduites suicidaires.

2.2 Les urgences générales

L'institution hospitalière moderne, telle qu'on se la représente communément – à savoir comme un ensemble de pratiques spécifiquement dédiées au soin, une organisation hiérarchisée de professionnels aux tâches différenciées et encadrées juridiquement –, est une construction historique récente. Si la haute spécialisation et l'importante technicisation sont grandement relayées dans les médias, l'Hôpital a d'abord été un espace aux fonctions multiples : fonction de soin, d'assistance, mais aussi de contrôle des populations et de gestion de problèmes sociaux. L'apparition d'une offre de soins rapides au XIX^{ème} siècle s'inscrit dans ce complexe de fonctions hétérogènes. Elle est liée à une certaine concentration de l'activité économique et de populations dans de grands centres urbains (Peneff, 2000).

Les « services d'urgences » sont nés au cours de cette période de grande transformation et s'inscrivent dans l'histoire des villes. Au XIX^{ème} siècle, l'impossibilité de trouver un médecin de garde la nuit a suscité une demande particulière compte tenu des nouvelles exigences essentiellement liées à l'activité économique. Ces services répondant à un contexte social, médical et sécuritaire, se sont généralisés au cours des années 1920-1930. Ce n'est pas la demande de soin qui a commandé leur essor, mais bien plus la concentration économique liée à l'industrialisation :

> « *Les urgences ne se sont pas développées en fonction des besoins médicaux d'une population (besoins qui sont mal connus, instables et indéfinissables), pas plus qu'en fonction de la démographie urbaine, mais en raison de l'organisation de la vie dans les métropoles : exigences politiques, intensité de la vie nocturne, élargissement du travail posté, augmentation de la circulation* […] » (Peneff, 2000: 21)

Aujourd'hui, ces services sont en proie à un surcroit d'activité :

> « *Après avoir doublé de 1990 à 2001, passant de 7 à 14 millions de passages, la fréquentation des urgences hospitalières s'est encore accrue de près de 30 % depuis cette date pour atteindre en 2012 18,4 millions de passages.* » (Cour des Comptes, 2014 : 354)

L'étude de Belorgey (2010) sur l'implantation d'un modèle managérial, importé du secteur privé et s'étendant au secteur public (Bruno & Didier, 2013) et ayant pour objectif d'augmenter la compétitivité et la rentabilité à l'hôpital, confirme la pression importante vécue au sein des services des urgences. Bouville et Trempe (2015) montrent également les tensions suscitées par

l'implantation récente de certaines techniques managériales au sein de plusieurs hôpitaux français. Les urgences sont, dans ce contexte, un lieu où les professionnels font face à des contradictions multiples.

Pour comprendre l'enjeu de la prise en charge des tentatives de suicide aux urgences, il est nécessaire de le replacer dans la dynamique globale de l'activité des professionnels. Vassy (2004) suggère ici que ces tensions se concentrent à deux niveaux, à savoir dans l'accueil et dans l'orientation des patients :

> « *Aujourd'hui, la diversité du travail accompli et celle de la population accueillie créent des tensions fortes sur l'organisation des services. Deux moments particuliers cristallisent les tensions : celui du tri à l'accueil et celui de l'hospitalisation dans d'autres services.* » (Vassy, 2004 : 74)

Peneff suggère que l'activité de tri et la catégorisation des patients sont centrales pour saisir l'organisation du soin, comme on l'a précédemment souligné. Il note par ailleurs que les médecins urgentistes considèrent seulement 15% des admissions comme de « vraies » urgences, les autres catégories étant moins considérées comme légitimes : 50% du temps serait consacré par les soignants aux détresses respiratoires, aux tentatives de suicide ou aux comas éthyliques, c'est-à-dire à des motifs d'entrée qui interfèrent potentiellement avec la conception que les soignants se font de leur travail. Pour saisir la prise en charge des tentatives de suicide aux urgences, nous reviendrons donc sur l'organisation du travail autour du patient, et notamment sur l'importance du temps et de sa répartition selon la clientèle reçue aux urgences et sa valeur potentielle.

2.2.1 La valeur du travail et ses enjeux : l'importance de l'étiquetage des patients

Les tentatives de suicide sont d'abord prises en charge selon le fonctionnement propre aux urgences générales, où la gestion du temps est structurante. Il s'agira d'abord de s'intéresser à cette gestion. Il s'agira ensuite de saisir comment et pourquoi les investissements des soignants tendent à être inégalement répartis selon les « cas » à prendre en charge. Enfin, il s'agira de comprendre dans quelle mesure cette structuration du temps, et des investissements qu'elle laisse augurer selon les problèmes à traiter, retentit sur la prise en charge des patients suicidaires.

Les temps de l'urgence : l'implication personnelle et sa logique

Au sein des deux services investigués, une division des patients s'effectue lors de l'arrivée. Les patients sont triés selon la gravité et la nature des problèmes *somatiques. C'est là l'exigence centrale qui structure l'activité des urgences*. Au service A, la filière courte, d'abord, concerne des blessures peu importantes (coupures, petits traumatismes, petites fractures, etc.), qui nécessitent des actes de soin comme des plâtres ou des sutures. La filière longue, ensuite, comprend sept box de consultation et concerne des problèmes où l'hypothèse clinique nécessite un approfondissement plus important par des examens divers, ainsi qu'une surveillance plus longue. Enfin, le « déchoquage » concerne des patients qui nécessitent une surveillance rapprochée importante et immédiate. Les procédures de prises en charge priorisent la gravité clinique et l'urgence vitale :

> Informateur 19: *oui. Le patient arrive soit régulé par le SAMU* [service d'aide médicale urgente], *soit non régulé… Donc euh… S'il est régulé par le SAMU on a une fiche qui nous en informe, donc avec différents moyens d'arrivée. Généralement, quand il est régulé par le SAMU, il arrive toujours véhiculé par un transport professionnalisé… Ou... Enfin, j'entends que ce n'est pas lui qui conduit quoi... Ou sa famille. Donc, soit à ce moment-là il est vu par l'infirmier d'accueil, ou alors il arrive par ses propres moyens. Et il est vu aussi par l'infirmier d'accueil. Euh... Le mode d'arrivée n'a pas d'incidence sur le critère de gravité.*
>
> Question: *d'accord.*
>
> Informateur 19: *Il y a des patients qui peuvent arriver debout dans un état bien plus critique, par leur propre moyen, que des personnes qui arrivent sur un brancard avec les pompiers. Ce n'est pas pour autant une priorisation d'être arrivé avec les pompiers…*
>
> Question*: le critère de priorisation, c'est vraiment l'urgence vitale c'est ça?*
>
> Informateur 19: *c'est l'urgence vitale. Le risque de décompensation… Le risque d'atteinte fonctionnelle... voilà. À partir du moment où tu as un risque d'aggravation rapide de… Avec la clinique tu… Tu te dois de le prioriser.* (Infirmier, homme)

Mais ce n'est pas simplement de procédures dont nous souhaitons parler ici. Nous souhaitons souligner davantage des parties valorisées du travail. Les professionnels semblent valoriser la dimension réflexive du travail (la clinique) et le défi de sa bonne réalisation (le technique), dans la mesure où ces dimensions permettent de satisfaire au plus près un sentiment d'utilité (« réparer », « soulager », « faire quelque chose ») :

> Informateur 20: *Moi je suis très clinique j'aime bien.* […] *Bah par exemple tu vois par exemple une douleur euh… Quelqu'un qui vient pour une douleur euh... Au niveau abdominal. Ça veut dire ben je mets*

ma main sur son ventre, j'arrive à le sentir ça fait du mal j'arrive... À voir et de de d'interroger mon patient, de l'examiner, je sais déjà… M'orienter et savoir à peu près ce qu'il a euh... Moi je trouve ça... C'est un peu dommage de… Qu'il y ait beaucoup de spécialités où euh, et bien, tu fais d'abord tous les examens, tu fais d'abord le scanner le machin le truc euh... Moi je... La médecine c'est avant tout c'est quand même... Euh... Oui c'est... C'est l'examen clinique euh... Physique quoi! (Médecin, femme)

Informateur 23: *moi j'avais bossé pour faire de la médecine et puis, et pas de la chirurgie tu vois. Et puis euh... Et puis les urgences pour ce qu'on disait tout à l'heure, un peu quand même le côté adrénaline de temps en temps et puis l'impression de faire des choses des fois* (Médecin, homme)

Informateur 13 : *les urgences, parce que je pense que c'est quelque chose qui est intéressant euh... Du point de vue global... Euh... On fait toutes les pathologies. On fait un peu des hospitalis...* (inaudible)*… Ne pas être figé à l'hôpital dans un… Dans un, dans un service qui font les mêmes choses régulièrement, c'est dans... Ca varie les prises en charge quoi* (Médecin interne, homme)

Carnet A.

Je discute avec un interne au Service d'Accueil des Urgences (SAU) : il m'explique que la filière courte n'est pas intéressante, c'est les « petits bobo », la petite chirurgie. Ça ne demande pas grand-chose en termes intellectuels. Pour lui, c'est plus intéressant d'être au déchoquage, par exemple, plus stimulant : il a les résultats beaucoup plus rapidement, c'est plus intense, etc. Concernant la filière longue, tout dépend si le cas est intéressant ou non, et les examens arrivent bien moins rapidement de toute manière. Cette filière peut être intéressante quand il y a le temps de s'occuper d'une entrée et de la suivre du début à la fin. Mais de manière générale, l'externe et l'interne s'occupent de l'entrée, tandis que le sénior s'occupe de la vérification puis de la sortie.

Les externes rencontrés expliquent leur relégation fréquente, au cours de leurs différents stages, à des tâches administratives jugées pénibles, et apprécient la délégation de tâches infirmières et la collaboration plus poussée avec les internes qui les supervisent. En un sens, les étudiants valorisent ici l'acquisition des techniques du soin, au moment où elle leur fait le plus défaut et où cet apprentissage est le moins évident. Il y a ici une valorisation du travail clinique et du travail technique. Ces dimensions constituent une priorité réglementaire, mais également un intérêt particulier pour ceux qui ont la charge de réaliser une activité qui fait sens pour eux.

À cet égard, Nurok et Henckes (2009) ont bien montré, dans leur étude du travail préhospitalier, que la « valeur » des cas pour les soignants pouvait se comprendre par la valorisation de certains aspects comme la clinique et la technique. Les auteurs suggèrent également une « valeur » *héroïque* des cas, correspondant à l'opportunité, pour le professionnel, de sauver un patient dans des conditions qui permettent un bon rétablissement (ce que les

auteurs appellent un *save*). La valorisation de la clinique et de la technique semble ainsi importante dans le travail des urgences. Celle-ci fait de l'activité un objet d'intérêt particulier structurant le sens de l'action pour les professionnels (*« les urgences pour ce qu'on disait tout à l'heure, un peu quand même le côté adrénaline de temps en temps et puis l'impression de faire des choses des fois »*).

Les professionnels semblent investir *également* la dimension relationnelle du travail avec le patient. Cette dimension semble prendre davantage de place à mesure que la concentration se porte moins sur des aspects techniques ou cliniques, comme le suggère l'entretien suivant, mené auprès d'un médecin expérimenté :

> Question: *vous parliez du coup de l'autre côté difficile...*
> Informateur 25*: oui*
> Question: *qui est plus le côté humain.*
> Informateur 25: *oui, c'est plus les situations des gens enfin... Que... Pour expliquer ça… Je vais prendre des exemples qu'on nous demande souvent, on nous dit bah vous, vous voyez des gens qui sont cassés, avec des fractures, des plaies, etc. Euh... ça doit être dur. Ben en fait non, enfin quand je dis non, c'est que, on leur fait quelque chose on les soulage et on... On leur apporte quelque chose… C'est… C'est relatif hein!* (rire)*. Mais c'est… Aider quelqu'un, ce n'est pas dur quoi. Non, ce n'est pas dur. Par contre, euh... Prendre conscience de la situation des autres… Euh… Parce qu'on sait très bien ce qu'ils peuvent devenir dans le contexte. Ça, c'est plus dur que de faire de la technique c'est... Alors que les gens nous disent tous 'olala! Il y a du sang, ils sont, ils ont l'air, ça a l'air compliqué. En fait, ça ne l'est pas du tout*
> Question: *vous voulez dire que les gens vous rapportent plutôt le fait que...*
> Informateur 25*: ils ont l'impression...*
> Question: *vous êtes en face de quelque chose de spectaculaire*
> Informateur 25*: voilà exactement*
> Question*: alors qu'en fait c'est plus…*
> Informateur 25*: ben c'est la vie des gens…* (rire) *Enfin c'est… C'est... Je vais prendre un exemple concret. Ce matin, j'ai pris en charge une jeune dame qui était euh... Anorexique toxicomane, qui vient pour une détresse… Euh... Mal au ventre. Moi je fais de l'écho donc voilà, je lui fais une écho et je découvre une tumeur de l'utérus métastasée. Ben, c'est plus ça qui est difficile. J'ai dû lui mettre une voie centrale parce qu'elle était en détresse et qu'elle avait une petite tension... pour les ... Euh... Comment dire, ce matin les équipes m'ont dit 'olala! On n'arrivait pas à mettre la voie toi t'y es arrivé !'. Pour moi, ce n'est pas le sujet. Enfin… C'est mon métier quoi. Enfin, ben non, mettre la voie oui... Chez, chez les gens en détresse oui, j'ai appris à faire ça donc je le fais… Maintenant c'est, c'est expliquer à la petite dame que ... Je lui ai trouvé un cancer et qu'elle va bientôt mourir et que voilà. Ce n'est pas la même chose. C'est dans ce sens-là où je dis que c'est... La représentation qu'on a... Du métier d'urgentiste... Euh, c'est une*

représentation un peu basique en fait. Les gens disent vous voyez du sang, vous voyez des jambes cassées. Bah du sang, on en a. Enfin je dis ça parce que ce matin on a travaillé sur le choc hémorragique dans les attentats, Euh... on va mettre en place des formations. Bah du sang, faut arrêter le sang. Les jambes cassées, on les remet droite, et puis, la nature elle… Enfin, on soulage la douleur, on va voir le chirurgien et ce n'est pas compliqué quoi. (Médecin, homme)

On voit, dans cet extrait, les deux types distincts de valorisation : la valorisation de la technique, d'une part (*« 'olala ! On n'arrivait pas à mettre la voie toi tu y es arrivé' »*) et la valorisation de la dimension relationnelle du soin d'autre part (« *Enfin, ben non, mettre la voie oui... Chez, chez les gens en détresse oui, j'ai appris à faire ça donc je le fais… Maintenant c'est, c'est expliquer à la petite dame que ... Je lui ai trouvé un cancer et qu'elle va bientôt mourir et que voilà. Ce n'est pas la même chose. »*). Celle-ci présente une difficulté considérée ici autrement plus complexe et, comme on le verra plus loin, cette difficulté n'est pas sans conséquence sur la prise en charge de la crise suicidaire.

*

Ces différentes formes d'intérêts (dans la clinique, dans la technique ou dans le relationnel) sont traversées par des investissements temporels différents. *Il s'agit là d'une modélisation idéale-typique qui permettra d'expliquer les tendances d'investissement des professionnels. Soulignons tout de suite que cette catégorisation n'est pas systématique ni toujours consciente*. On peut cependant établir quatre grandes catégories de patients moins valorisées, dont on retrouve les caractéristiques dans la littérature sociologique sur les urgences (Peneff, 1992) : les patients « psy » (qui présentent des symptômes relevant de la psychiatrie), les « marginaux » (SDF, toxicomanes, alcoolisations, etc.), les « grabataires » (personnes âgées aux pathologies multiples et invalidantes) et les « petits bobos ».

Ces catégories se comprennent à la lumière d'un découpage de l'activité temporelle des services. En effet, quatre types de temps peuvent être distingués : le temps-soin (consacré aux actes de soin ou d'hygiène), le temps-relationnel (consacré à l'échange avec le patient), le temps administratif (consacré aux démarches administratives) et le temps-contrôle (consacré au maintien de l'ordre et à la surveillance comportementale des patients). Les « petits bobos » sont moins valorisés parce qu'ils nécessitent un temps-soin jugé inadapté aux services d'urgences : leur « valeur » clinique, technique et héroïque est faible. On trouve dans les entretiens ce type de considérations :

Informateur 20 *: Et puis là depuis hier soir c'est la merde on n'a pas d'infirmière... Euh... Les patients, ils viennent pour des trucs qui datent d'il y a 6 mois.*

Question*: ils viennent trop tard tu veux dire?*

Informateur 20*: bah c'est des trucs euh… Le mec, il a fait une entorse, ça fait 5 jours qu'il a fait son entorse et là bah il a un peu plus mal!! Euh…*

Question*: du coup il vient aux urgences.*

Informateur 20*: voilà, et après on le fait passer là. C'est que de la paperasse en fait à faire… Il faut faire les accidents de travail, les ordonnances, les machins euh...* (Médecin, femme)

Les grabataires sont « lourds », c'est-à-dire qu'ils demandent un temps-soin important (notamment des tâches d'hygiène et de manipulation), mais surtout une complexité clinique importante : la complexité clinique devient problématique dans la mesure où elle ne permet pas de valoriser la compétence propre du soignant. C'est ce que Nurok et Henckes (2009) notent en matière de prise en charge préhospitalière. Ils suggèrent par ailleurs qu'à mesure que les professionnels acquièrent de l'expérience, la complexité clinique leur fait moins peur et la complexité technique est un moindre enjeu. Cependant, ici, ce n'est pas tant la complexité du cas que l'impossibilité à satisfaire la valeur généralement attribuée au travail, à savoir de « faire quelque chose », qui pose problème. C'est en ce sens qu'un interviewé pointe le fait que le « déchoquage » n'est pas nécessairement l'activité la plus valorisée :

Informateur 20: *oh ben oui même les grabataires, voilà... Moi c'est... Là, ce qui est frustrant c'est de te dire qu'ils arrivent, ils sont gravissimes, et tu ne peux rien faire parce qu'on va te dire derrière ben non ils sont trop vieux, ils sont "machin" on ne va rien faire et puis... Euh* […] *moi je préfère la filière « méd » classique… J'ai fait urgences pour, enfin j'ai fait des urge pour faire des urgences en fait.*

Question*: d'accord, pas le déchoc.*

Informateur 20*: bah le déchoc, euh... Ça peut être intéressant, ce sont des patients plus graves, euh… Maintenant, moi je n'adhère pas les déchocs, euh...*

Question*: c'est-à-dire ?*

Informateur 20*: intéressant enfin intéressant... Je me comprends, il y a beaucoup de… Il y a beaucoup de personnes âgées euh… Finalement, où on se dit, ben on ne fera pas plus, ben on limite. On limite les soins, et puis, ils montent à l'UH pour qu'ils décèdent quoi.* (rire)

Question *: d'accord*

Informateur 20*: ça et puis euh… et puis on a une relation un peu compliquée avec les réanimateurs quand tu les appelles, ils sont... pff, ils sont un peu chiants tu vois donc euh…*[…]

Question: *Mh… Et au déchoc, tu dis que tu attires les patients… ?*

Informateur20*: oui j'attire les patients pourris en fait.* (rire)

Question*: c'est quoi que tu préfères prendre en charge...?*

> Informateur 20*: je ne sais pas le patient, le patient qui a une pathologie qui nécessite qu'on le prenne en charge rapidement… Mais euh… Pas complètement ultra catastrophique ou euh... Hors de toute ressource thérapeutique non plus! Tu vois, que tu puisses faire quelque chose, parce que sinon... Euh...* (Médecin, femme)

Les « grabataires » sont également difficiles « à vendre », c'est-à-dire difficiles à adresser à certains services dans la mesure où la plupart d'entre eux sont plus réticents à prendre en charge des patients dits « lourds », dont la problématique de soin relève de plusieurs spécialités.

Les « marginaux » (SDF, toxicomanes, alcooliques…) sont des patients dont le problème ne relève pas nécessairement du soin, même si leur accueil peut être jugé nécessaire. Ces patients peuvent également nécessiter plus de temps-contrôle, en raison de leur moindre *compliance* face aux directives des professionnels et de leurs comportements parfois agressifs, ou moins adaptés, à leurs égards. C'est ce dont parle cet infirmier à propos des patients sans ressources :

> Informateur 21 *: ben, on a des patients qui n'ont pas de ressources, qui n'ont pas de domicile. Ça, c'est des patients qui viennent... La nuit...*
> Question: *pour dormir?*
> Informateur 21: *oui pour dormir... Dormir, manger ... Et euh… Alors le problème c'est que… Pareil c'est une urgence aussi… Le social fait partie des urgences… Mais le problème c'est qu'on a... On n'a pas moyen de faire une filière dédiée... Et du coup ils rentrent dans la même filière que les autres… Au niveau de la priorisation, ils sont quand même tout en bas de l'échelle... Ce qui fait que, eux, ils attendent très, très longtemps alors qu'ils ne sont pas en demande de soin en particulier. Mais ils attendent extrêmement longtemps... Alors est-ce qu'il y a une réponse adaptée, je ne sais pas, mais...*
> Question*: mais c'est un motif d'admission ?*
> Informateur 21*: bah en hiver il y a la loi qui dit qu'il faut les accueillir… Et euh... C'est des détresses sociales, amènent tout un lot de détresse... Physiques aussi… Et ... Le mec qui revient dans ce contexte-là, il va quand même essayer d'avoir un examen médical comme les autres... C'est souvent les patients dont on ne se méfie pas trop... Hein ! Et c'est là qu'on a pas mal de soucis, je pense : les patients qu'on croit connaitre, qu'on croit savoir pourquoi ils sont là. En plus ils sont peu ragoutants des fois, parce que, soit ils sentent mauvais ou ils ont une sale gueule… Euh... On leur dit 'bah c'est bon c'est comme d'habitude', on les met de côté. Le problème c'est que s'ils ont un vrai problème médical on le voit que trop tardivement.* (Infirmier, homme)

Les patients catégorisés « psy », enfin, sont connus comme relevant de la psychiatrie. Il est nécessaire d'effectuer des examens auprès d'eux pour évacuer l'hypothèse d'un désordre somatique, induisant, le cas échéant, des problèmes psychiatriques. Mais *l'anticipation* du

problème « psy » suscite parfois une attention moins grande à l'égard de ces patients : le temps-soin est nécessaire, mais semble davantage dévalorisé, puisque la valeur clinique et technique du cas étudié n'est pas certaine. Leur pathologie entraîne également une nécessité de contrôle potentiellement supérieure et des soins parfois plus difficiles à mettre en œuvre, ou plus simplement encore un « contact spécial ». Si le temps soin est important et que le temps contrôle est anticipé comme étant potentiellement problématique, le temps dédié à la relation avec le patient sera écourté ici, ou bien davantage désinvesti :

> Informateur 20*:* […] *Et puis tu as les patients dits-psychiatriques, avec un fond psychiatrique, qui ne décompensent pas qu'en psychiatrique, mais qui... Qui, du coup, rendent la prise en charge un peu plus compliquée, parce qu'ils ont le contact un peu... Un peu particulier, un peu bizarre... Un peu, voilà que... On sent que ... Il y en a des symptômes, des trucs euh... Ça fait...* (Inaudible) *et puis à un moment justement bah, c'est dans la tête quoi...* (Médecin, femme)

> **Carnet A** :
> […] *La discussion s'oriente sur le patient « grabataire ». L'infirmière rapporte la lourdeur des tâches : ce n'est pas la même pénibilité que pour les patients psy, dit-elle. Par exemple le psychotique de la chambre X qui lui a craché dessus ce midi : ce n'est pas le même genre de problème.*

*

Ces quatre catégories de patients sont *idéal-typiques*, c'est-à-dire qu'elles n'existent pas comme telles dans la réalité. Cependant, leur conceptualisation permet de rendre intelligibles certaines tendances de la prise en charge. Ces catégories permettent de mieux saisir les modalités d'action et d'implication des professionnels à l'égard de ces patients. De fait, pour eux comme pour l'ensemble du public accueilli, la gestion du temps affecte sensiblement les modalités de la prise en charge qui leur sera réservée : le temps aux urgences constitue en fait une ressource rare et coûteuse, si bien qu'il est davantage réservé aux catégories de patients les plus valorisables.

Le temps, une ressource rare inégalement distribuée

Comme on l'a dit, les professionnels tendent à valoriser le travail dit « relationnel », c'est-à-dire les échanges avec les patients, permettant d'établir une « relation de confiance », de rassurer le malade et d'effectuer un travail sur « l'humain » :

> Informateur 16 *: voilà le technique, et ils* [les étudiants] *ne se rendent pas compte que finalement le technique... Ça va venir. Quand tu as fait un geste 100 fois après tu sais le faire. Le technique, ce n'est pas euh... On ne fait pas de l'hyper technique c'est, c'est assez facile... Par contre, le reste oui, c'est plus difficile. Mais ça vient après... C'est pour ça que je les laisse faire. Je leur dis 'essaie de dire bonjour au moins', 'de dire ce que tu vas faire', 'de parler un petit peu', et je les vois bien... Ils veulent réussir, ils veulent absolument réussir. Je me dis, ce n'est pas une fois, une fin en soi de réussir à mettre une perf quoi !*
>
> Question*: il y arrivera bien un jour*
>
> Informateur 16: *voilà ! Je lui dis, j'espère que mon boulot ne se résume pas à ça... Parce que voilà, je prends n'importe qui, je le forme pendant deux semaines : il sait poser une perf. Voilà. J'espère qu'au bout de 10 ans j'apporte un peu plus que quelqu'un que j'aurais formé pendant deux semaines... Voilà, c'est l'œil... De voir un peu ce qui ne va pas, ausculter, me dire lui je le sens pas c'est... Ben c'est l'expérience quoi après... à en voir 10 qui se sont dégradés... Ben, le 11ème je dis 'tiens… Ça ressemble aux… Euh, à un gars que j'ai vu, tout d'un coup euh… Ça s'était vraiment dégradé. Tu vois et je trouve qu'il avait un peu les mêmes signes. Donc je vais être plus vigilant.'* (Infirmier, homme)

On retrouve, dans cet extrait d'entretien, deux pôles de valorisation du travail : la valorisation de la clinique (*« Voilà, c'est l'œil... De voir un peu ce qui ne va pas, ausculter, me dire lui je ne le sens pas c'est... Ben c'est l'expérience quoi après »*), et du relationnel (« *Le technique, ce n'est pas euh... On ne fait pas de l'hyper technique c'est, c'est assez facile... Par contre, le reste oui, c'est plus difficile. Mais ça vient après... C'est pour ça que je les laisse faire. Je leur dis 'essaie de dire bonjour au moins', 'de dire ce que tu vas faire', 'de parler un petit peu' »*). La tension entre ces différents aspects valorisés (compétence technique et clinique nécessaire, mais non suffisante, et investissement relationnel) fonde le sens du travail et structure l'implication de soi dans le travail (« *voilà ! Je lui dis, j'espère que mon boulot ne se résume pas à ça... Parce que voilà, je prends n'importe qui, je le forme pendant deux semaines : il sait poser une perf. Voilà. J'espère qu'au bout de 10 ans j'apporte un peu plus que quelqu'un que j'aurais formé pendant deux semaines... »).*

L'importance de l'aspect relationnel semble délimiter la possibilité pour les acteurs d'être à la mesure de l'idéal professionnel auquel ils aspirent : la figure du simple technicien est, en soi, insuffisante, même si la technique et la clinique sont nécessaires et valorisées (comme le suggère d'ailleurs l'entretien). Mais, cette exigence est rendue plus complexe par l'importance de l'activité. Le manque de temps est ainsi souvent rapporté pour justifier l'impossibilité à effectuer « correctement », c'est-à-dire selon leurs propres critères, le travail

de soin auprès du patient. C'est ce que l'on retrouve par exemple dans cet entretien avec un médecin urgentiste :

> Informateur 23*:* […] *je n'étais pas parti pour faire urgentiste au départ. Je voulais faire généraliste. Mais vraiment pour avoir le côté humain avec les gens et...*
> Question*: la relation.*
> Informateur 23*: oui*
> Question*: et c'est quoi qui te plaisait là-dedans?*
> Informateur 23*:* (petit silence) *c'est de pouvoir apporter des choses... De pouvoir discuter... Moi j'aime le côté humain où tu as le temps de discuter, parce que le problème maintenant de l'évolution des urgences, c'est qu'on n'a plus le temps. Tu vois, au niveau médical. Je pars un peu dans tous les coins, mais... Au niveau médical quand tu es à l'UHCD* [Unité d'hospitalisation de courte durée] *par exemple... Tu... Ce n'est pas terrible parce que... Tu, tu fais du tri, tu fais du... Mais au moins, tu as le temps de discuter avec les gens...*
> Question*: tu fais du tri?*
> Informateur 23*: non, mais tu vois, tu essaies d'orienter les gens euh... Il faut qu'ils aillent dans telle spécialité, celui-là il faut qu'il fasse ça enfin... Mais d'un point de vue humain, tu as le temps de discuter avec les gens. C'est vachement agréable, c'est ce qu'on a perdu aux urgences...* (Médecin, homme)

À la valorisation de la dimension clinique et technique s'adjoint donc une dimension relationnelle. Mais le temps accordé à la dimension relationnelle tend à diminuer lorsque le nombre de patients augmente de façon importante. Il est donc difficile, pour les professionnels, de satisfaire cette aspiration, l'investissement relationnel étant rendu plus complexe à réaliser en période de forte activité. Mais, d'autre part, le relationnel exige un investissement personnel et affectif non négligeable, qui comporte le risque pour le professionnel de ne pas réussir à mettre une distance suffisante avec le patient. Compte tenu du temps passé par les patients aux urgences, ce risque ne parait pas central, simplement parce que l'attachement personnel a peu de chance de se concrétiser :

> Informateur 23 *: le côté relationnel est important quand même... Même si nous on fait beaucoup de technique et que... Et que l'avantage qu'on a par rapport à beaucoup d'autres médecins, c'est qu'on n'a pas de suivi... Ce qui permet qu'on ne s'investisse pas aussi de la même façon tu vois...*
> Question*: auprès du patient ou de sa famille?*
> Informateur 23*: oui, les deux... Mais c'est... Quand tu travailles dans un service hospitalier, les gens, tu les vois tous les jours. Les familles tu les vois tous les jours... Forcément, d'un côté, tu vas vachement plus t'attacher aux gens. Alors que nous, finalement, on arrive, dès qu'on les voit on... 10 minutes avant... Et puis on les voit pendant maximum une heure ou deux heures tu vois... Enfin, quand on est en pré*

hospitalier à l'hôpital on les voit plus longtemps, mais… Tu n'as pas le temps de créer non plus de l'affect, comme tu peux avoir en tant que spécialiste tu vois... (Médecin, homme)

On trouve ici une tension entre la valorisation du relationnel et la nécessité d'une distanciation vis-à-vis des malades.

L'investissement ne semble ainsi se réaliser que de façon sous-optimale et insatisfaisante dans de nombreux cas, aux dires des professionnels. Il parait difficile à gérer, dans la mesure où les contraintes de l'activité rendent plus complexe la réalisation des exigences que les soignants s'assignent. *Mais nous suggérons également que la réalisation de ces exigences ainsi que l'investissement auprès des patients s'opèrent inégalement selon les publics pris en charge.* En effet, certaines formes de distanciation semblent plus marquées à l'égard de certains « cas » à traiter. On souhaiterait précisément aborder les ressorts de cette tension.

*

Le terme même de patient « psy », occasionnellement utilisé par le personnel dans ses échanges, est susceptible d'engendrer un traitement assez spécifique de ces patients. C'est notamment le cas concernant les tentatives de suicide répétitives. Au cours d'une observation, une infirmière explique que l'investissement dans le relationnel auprès d'un patient suicidaire tend à s'amoindrir à mesure que le cas est considéré comme chronique, induisant un moindre effort dans l'échange avec le patient :

Carnet A.

Urgences Générales, UHCD**.** *Je croise deux infirmières autour du bureau central. Je me présente. L'infirmière commence directement par m'expliquer que les TS, elle ne sait pas trop ce que c'est : « on a de tout » – autant des gens qui prennent 3 Dolipranes et qui ne veulent pas mourir vraiment, autant des gens qui y vont « à fond » et qui veulent vraiment mourir. Des patients qui disent avoir pris 3 cachets alors qu'ils en ont pris 20, et l'inverse.* […] *La première infirmière explique qu'elle essaie parfois de parler avec les patientes qui ont fait une TS, de discuter avec elles des circonstances, de leur moral, etc. Si c'est quelqu'un qu'elle n'a jamais vu, elle va essayer d'entamer quelque chose. Les personnes qui reviennent régulièrement pour les mêmes motifs, qui sont parfois agressives, « au bout d'un moment, c'est vrai » dit-elle comme un aveu, elle ne va plus faire l'effort. Elle ajoute qu'elle se dit que la personne verra de toute façon les urgences psychiatriques. Quand la personne est connue, le minimum à faire est de demander ce qu'elle a pris, quelle quantité, à quel moment, etc. : demander les informations utiles sur le plan somatique. L'infirmière conclura en disant que, selon elle, quelqu'un qui ne veut pas se rater, ça se voit dans la TS elle-même, dans le moyen utilisé.*

Ce type de réactions n'est pas exclusif aux tentatives de suicide. On observe également un moindre investissement auprès des personnes alcoolisées. Leur prise en charge, lorsqu'elle pose problème, peut faire l'objet de mesures relativement expéditives :

> Informateur 13: *les exo* [alcoolisations] *c'est un problème euh... Oui et non parce que... Oui parce qu'il n'y a pas, c'est pareil, ça fait encore beaucoup au niveau des admissions et euh… Non parce que ça ne prend pas tant de temps que ça. En général ça, on* (inaudible), *ça prend 5 minutes et après on les met euh... On les met dans une autre salle où ils dégrisent et, et puis voilà.* […] *Euh... moi personnellement pour en tout cas les... les consommations d'alcool qui sont agités ils… se règlent très simplement. Un patient qui est agité c'est un patient qui respire qui peut aller en garde à vue... Donc s'ils sont agités, ils partent avec la police. Voilà.*
>
> Question: *d'accord. Et s'ils ne sont pas agités du coup*
>
> Informateur 13: *et s'ils ne sont pas agités, ils peuvent dégriser ici, on ne va pas les mettre en garde à vue alors qu'ils sont très* (inaudible). *Tout peut arriver, on ne veut pas qu'ils soient en garde à vue, donc tant qu'ils restent corrects et qu'ils ne posent pas de problème, moi je ne vois pas de problème de les garder là.* (Médecin interne, homme)

C'est encore le cas pour les patients toxicomanes qui peuvent susciter des réactions de rejet prononcé, comme chez ce médecin :

> Informateur 17*[32] *: J'aborde la question des « tox » : elle m'explique que, pour le « tox », on « attend qu'il se finisse »* (petit silence, je souris). *Elle reprend, « non, mais c'est vrai », et ajoute que ce sont des pathologies « vouées » à finir mal* (je traduis l'idée parce que je ne me souviens pas des mots exacts). *Elle intègre ainsi les maniaco-dépressions, qui, elles aussi, ont tendance à finir en suicide, et soutient l'idée que certaines pathologies ont pour principe de se dégrader et de ne pas s'améliorer, d'être « perdues d'avance ». De toute manière, elle explique ne pas s'intéresser aux cas « psy ». Elle considère que ça n'est pas sa compétence : sa compétence est du somatique et elle s'occupe de cela. Elle dit accueillir le discours avec autant de respect qu'elle en peut avoir, mais avoue qu'elle n'a pas la même capacité à être à l'écoute et disponible en début et en fin de service, selon la charge de travail et la fatigue. Elle s'occupe donc du somatique, écoute et ne creuse pas si on lui exprime une histoire, voire tente de « pouvoir se carapater. Enfin… 'carapater' ce n'est pas ce que je veux dire,* ajoute-t-elle*, quoique si j'utilise ce mot, ça doit bien vouloir dire quelque chose ». Elle se justifie en soulignant que le patient risque de créer un lien particulier avec elle, et considère que ce lien doit se faire avec l'équipe « psy » et que si c'est elle qui le fait, cela peut poser problème pour la suite de la prise en charge*. (Médecin, femme)

[32] L'entretien est marqué d'un « * », car il n'a pu être enregistré que partiellement, du fait d'un problème de l'enregistreur. Les faits relatés ont été retranscrits après la fin de l'enregistrement et les propos ne sont pas d'origine, même si j'ai le plus possible noté des termes utilisés par l'interviewée.

Ces patients ne sont pas systématiquement considérés comme de « mauvais » patients *a priori*, et ne font pas forcément l'objet d'une moindre considération. Cependant, leur prise en charge est susceptible d'être *anticipée* comme étant potentiellement problématique. Cette désignation permet aux professionnels de prendre les devants sur certains comportements gênants ou certaines situations non désirées. Ainsi, plus qu'une attitude de rejet systématique et conscient de la part des professionnels (certains l'expriment cependant clairement), la déconsidération des patients « psy », des alcoolisés, des toxicomanes, des TS ou des SDF est *latente*. Nous suggérons ici que cette anticipation *favorise* une réaction négative susceptible d'éclater plus rapidement en période de grande affluence. On peut la percevoir par l'observation directe dans l'organisation même du travail. Au service A, un jour où l'activité du service est importante, la décision de placer en attente certaines tentatives de suicide là où l'on peut, voire de « rassembler » dans un même box les catégories de patients dévalorisées, semble évidente :

> **Carnet A.**
> *Un médecin dit au bureau central : « La dame qui braille non, mais les petites IMV* [Intoxication médicamenteuse volontaire] *pourries on peut les mettre en attente brancard oui. » Aujourd'hui, un gros problème de lits et de brancards se pose pour les urgences. Cela dure depuis plusieurs semaines. « On va aussi tripler les box s'il le faut », ajoute-t-il. Pour le moment, les box comptent deux patients chacun. Il dit de mettre l'exo et l'IMV avec exo qui crie depuis quelques heures, « ensembles », et les grabataires, « ensembles ».*

La catégorisation implicite des patients prend alors une forme très *concrète* : elle se perçoit dans l'organisation même du travail de soin et dans la répartition physique des malades. Cependant, les urgentistes interrogés relatent souvent des moments où ils ont pris le temps pour échanger avec des publics spécifiques comme les « exo » (alcoolisation) ou les suicidants, dans la mesure où ils souhaitaient démontrer une certaine sollicitude et une implication auprès de ces patients. Un interviewé expliquera ainsi qu'il a pris le temps de parler avec une personne alcoolisée et qu'il a pu prendre la mesure de sa solitude et de l'ampleur de sa détresse psychologique. Au cours d'une observation, une infirmière expliquera qu'elle est susceptible de consacrer du temps auprès des patients suicidants, dans la limite de ses propres contraintes de temps (10 minutes). Cependant, la déconsidération semble *latente*, susceptible d'éclater sous la pression de l'activité et des exigences collectives.

On en trouve clairement des indices lorsque les professionnels perdent la maitrise de leur investissement, comme *lorsqu'ils investissent par « erreur » certaines prises en charge.*

C'est le cas dans l'entretien suivant, au cours duquel un médecin relate clairement son manque d'intérêt pour les patients « psy », et l'atteinte personnelle qu'elle a ressentie pour avoir investi par erreur le traitement d'un cas de ce type :

> Informateur 17* *elle explique que, de manière générale, les patients psy, « ça n'est pas mon truc ». Il faut avoir, selon elle, un « terrain à l'écoute » de ce type de problématiques (« psy »). Pour elle, ce n'est ni son domaine ni son intérêt : elle se charge du somatique puis considère que c'est à l'équipe « psy » de s'en charger. Elle me raconte une anecdote sur la prise en charge d'un couple mère-fils concernant une « hétéro-intoxication ». Quand les patients lui racontent leur situation, elle s'imagine d'abord que les voisins ont répandu des pesticides : elle s'occupe de tous les bilans et elle remarque qu'il n'y a rien du côté somatique. Elle explique cela aux patients : ces derniers sont très angoissés et elle prend le temps de leur expliquer qu'il n'y a rien à signaler sur le plan somatique, que « ça va aller », etc. Au bout d'un certain temps, les personnes commencent à parler des services secrets et « partent dans un délire ». Elle se rend alors compte que le fils est délirant et que la mère « est complètement rentrée » dans le délire du fils. Elle se dit « dégoûtée », parce qu'elle a perdu une demi-heure avec cette « histoire farfelue » et qu'elle n'avait « rien vu venir ».* (Médecin, femme)

On se rend mal compte, peut-être, de l'enjeu de cette petite anecdote en l'écoutant pour la première fois. Le médecin se retrouve devant deux patients amenés pour un motif cohérent et précédemment accueilli par d'autres intervenants : sa confiance dans la situation l'amène à s'investir affectivement, à « donner de son temps », à « rassurer » les patients – un temps-relationnel et un investissement clinique important – sans savoir qu'il s'agit de patients « psy » dont la problématique ne relève (*in fine*, et *in fine* seulement) que de la psychiatrie. Elle fait des examens nécessaires au regard des informations dont elle dispose, ce qui la met en défaut quand elle découvre son « erreur », quand bien même son investigation était nécessaire. Elle me raconte l'histoire pour illustrer la déception et la perte de temps relative à l'échange avec les patients « psy », par ailleurs consciemment dépréciés. Le sentiment de donner « trop » de son temps en pareille situation vaut pour elle comme une injustice personnelle, qui s'inscrit dans un cadre général où le manque de temps structure les justifications professionnelles :

> Informateur 17***** *pour elle, ajoute-t-elle, le problème central aux urgences, ça n'est pas les patients, c'est le temps. Le fait de mettre beaucoup de temps pour avoir des examens, pour trouver des lits pour les patients, pour les négocier.* (Médecin, femme)

Ce cas nous semble symptomatique d'une anticipation latente, particulièrement prégnante en ce qui concerne les problématiques suicidaires chroniques et les cas alcoolisations répétées, dont on verra plus loin qu'elles font l'objet de distanciations très marquées. Loin de

constituer une exception, il y a là l'indice exacerbé d'une considération partagée à l'égard des éléments les plus valorisables, les plus prestigieux en un sens, du travail. *Si le temps manque indéniablement, il ne manque pas de la même manière selon les patients considérés*. Comment la rencontre entre conduite suicidaire et soin s'opère-t-elle dans ce cadre ?

Une rencontre manquée ?

Les catégorisations ici rapportées affectent-elles de façon importante la prise en charge des conduites suicidaires dans les services d'urgences et, si oui, de quelle manière ? Au service B, certaines personnes ayant réalisé des intoxications médicamenteuses n'étaient pas allongées sur des brancards mais assises toute la nuit en attendant l'évaluation des psychiatres. Au service A, un patient ayant effectué une tentative de suicide par phlébotomie, ayant plusieurs antécédents de dépression et présentant des douleurs consécutives à une opération récente, est également maintenu assis sur une chaise. En raison de la douleur, il demande à pouvoir être allongé sur un brancard. Quelques brancards sont disponibles le soir de l'observation mais le patient n'y aura pas accès. Sa demande est considérée comme illégitime parce qu'elle traduit la requête d'un patient jugé trop exigeant. *En effet, la cause est individualisée et le patient est jugé comme étant pénible et exigeant*. Le patient décidera finalement d'occuper une position allongée dans une salle qui n'est pas prévue à cet effet, et sera physiquement forcé d'obéir aux exigences des soignants.

Certains conflits entre les professionnels de psychiatrie et les urgentistes attestent également des conséquences potentielles de cette catégorisation. En effet, concernant les tentatives de suicide ou les alcoolisations avec velléités suicidaires, une évaluation psychiatrique doit avoir lieu à l'issue de la prise en charge somatique. Les conflits entre professionnels portent alors souvent sur le moment de cette évaluation psychiatrique. Sur nos deux terrains, des délais-seuils sont établis pour définir « quand » le patient sera accessible à la consultation des psychiatres. Dans le service *A*, le seuil pour les alcoolisations est d'une alcoolémie d'un gramme, et les intoxications médicamenteuses d'un temps d'observation qui dépend des médicaments ingérés. Au service *B*, les intoxications médicamenteuses doivent faire l'objet d'une observation de douze à seize heures minimum, tandis que les alcoolisations doivent également présenter un taux d'alcoolémie autour d'un gramme. Or, les professionnels de psychiatrie soulignent que cette demande de consultation est souvent précoce. Ce type de

situation peut alors parfois déboucher sur des conflits entre professionnels, qui révèlent ici la logique d'anticipation des urgentistes.

Au service *B*, par exemple, la libération de lits de suicidants ou de patients « psy » peut susciter ce type de conflit avec l'équipe d'infirmiers psychiatriques. En effet, dans ce service, l'équipe « psy » dispose de deux box avec brancards permettant de garder des patients, ainsi que de trois chaises d'attentes. Une patiente prise en charge pour IMV, déjà installée dans un lit à l'unité d'hospitalisation de courte durée, est prise en consultation par le psychiatre. Le conflit observé porte sur le fait que la patiente puisse réintégrer son lit à l'UHCD après la consultation : les infirmières de l'UHCD souhaitent garder le lit pour d'autres patients, par anticipation d'un futur patient. Ce refus induirait une attente assise indéterminée de la patiente à côté du bureau de consultation psychiatrique. On saisit, dans les principes qui sous-tendent ce conflit, que les urgentistes souhaitent libérer le lit, mais également déléguer la surveillance de la patiente à l'équipe de psychiatrie.

Nous suggérons donc que la catégorisation des patients et l'anticipation de l'activité tendent à affecter l'ordre des interactions entre soignants et patients. Mais il reste difficile d'apprécier l'impact concret de ces processus sur la prise en charge des patients. Le jugement porté sur les cas de tentative de suicide semble être parfois affecté par certains motifs du geste suicidaire : c'est le cas, notamment, de la rupture ou du conflit sentimental. Un infirmier urgentiste décrit bien l'incompréhension de certains gestes suicidaires et de leurs motifs. Son développement à cet égard est intéressant, faisant le lien entre sa compréhension personnelle, liée à son parcours, et son incompréhension des motifs :

> Informateur 21*: tu sais, il y a des situations qui m'interpellent. Quand je vois un vieux monsieur qui pleure sa femme qui vient de décéder ou qui va mourir... Ça, ça me... Touche, ça me touche... Je le sais... Et euh, et à chaque fois que ça m'arrive, quand je rentre chez moi je vois ma femme et je lui dis…*
>
> Question*: je t'aime*
>
> Informateur 21*: oui. C'est ça. Donc je comprends vraiment ça me rendrait triste, vraiment (sentiment dans la voix) ... J'en ai presque les larmes aux yeux... Si jamais ma femme allait mourir ou que mes enfants allaient mourir. Et j'entends, vraiment, qu'on puisse avoir envie de mourir à la suite. Après, pour les choses qui paraissent un peu futiles... Ça me fait sourire mais... Mais si on peut avoir envie de mourir pour ce genre de choses... On peut très bien avoir envie de mourir pour autre chose, c'est juste une perception différente... Donc je n'ai pas de jugement de valeur par rapport à ça... Voilà... Ça ne me pose pas de soucis.*

Question*: oui d'accord... C'est juste qu'il y a deux poids, deux mesures...*

Informateur 21*: oui, après ça implique différentes choses parce que... Si... Si c'est parce que mon copain m'a lâché j'ai envie de mourir... J'aurais peut-être tendance à dire oui bon ben... Prends un peu de plomb, apprends à vivre...* (Infirmier, homme)

On devine bien, dans le discours, une tendance implicite à la *responsabilisation et à l'individualisation*. En effet, « prend un peu de plomb » renvoie ici à la promotion d'une certaine réflexivité, dont le patient devrait faire preuve pour surmonter l'épreuve, jugée mineure, à laquelle il fait face. Ce motif ne suscite pas automatiquement le désinvestissement, mais il semble toutefois favoriser une attitude de retrait plus marquée :

Informateur 23*: ben, pour le coup les gens ils prennent des médicaments euh... Tu vois genre, quand tu prends du paracétamol, ils peuvent en mourir quoi tu vois... Ils pensent qu'ils ne prennent rien... Ça c'est... C'est encore une fois la prise en charge médicale sera la même, mais, tu es un peu saoulé de, allez, la totoche qui a pris des trucs parce qu'elle est dépressive parce que son copain est parti euh...*

Question*: oui*

Informateur 23*: alors qu'elle a seize ans et demi.... C'est, c'est... Alors c'est triste, je pense que pour elle c'est triste quoi… Mais nous, on n'est pas très investi quoi.* (Médecin, homme)

Ainsi, la rupture sentimentale ne semble pas permettre de légitimer de manière évidente, la tentative de suicide. Cependant, ce motif n'est pas systématiquement jugé illégitime :

Informateur 17* *Concernant les TS plus classiques (au contraire des conduites para-suicidaires dont on discutait précédemment), elle me parle plusieurs fois de la « teuteuch » (sous-entendu la nana qui geint (elle fait des mimiques en même temps) pour pas grand-chose) la teuteuch, donc, qui a pris 3 médocs et qui dit « je veux mourir » (mimique de plainte exagérée et puérile), « parfois tu as presque envie de lui dire comment faire. Y'en a qui se ne rendent même pas compte qu'avec ce qu'elles prennent elles vont en crever ». Elle me donne l'exemple d'une fille qui a pris 26 grammes de paracétamol et m'explique que c'est extrêmement grave pour le foie.*

Ce type de trucs l'agace, « l'énerve ». Elle hésite puis dit que ça « l'emmerde ». Pour elle, ce n'est pas du tout son genre de réagir de manière démesurée pour un petit rien. Ça n'est pas dans sa façon d'être : « quand je crève devant l'hôpital », quand elle arrive devant chez elle et qu'elle a paumé ses clefs, elle ne va pas « taper une crise », elle prend les choses de manière zen, « ce n'est pas la mort » ; elle prend du recul. Du coup ces « teuteuch » qui prennent 3 cachets parce qu'on les a quittées ne correspondent pas à sa façon d'être et ça « la dépasse ». Elle ne résume pas les TS à ça cependant : un jeune qui a subi un deuil suite à la mort de sa petite amie dans un accident de voiture, et qui a fait une TS, a été pris en

charge en psy, a finalement recommencé et s'est suicidé. Elle m'explique que, selon elle, c'est quelqu'un qui aurait pu être sauvé. Il a subi un deuil pathologique et s'il avait été correctement pris en charge, ça aurait pu s'améliorer. Il aurait pu apprendre qu'en réalité il pouvait continuer et retrouver d'autres choses, avoir une petite amie et recommencer. Elle ajoute qu'elle ne « sait pas », mais que cette situation est bien différente.

On repère bien, ici encore, ce qui se joue dans l'implication ou le désinvestissement : *l'attribution de responsabilité et la promotion d'un individu autonome*. En certains cas, les professionnels renvoient à l'individu les conséquences malheureuses de son geste et attribuent à la qualité individuelle du patient une certaine insuffisance. *Il ne s'agit pas, pour les professionnels, de blâmer directement le patient : celui-ci sera pris en charge, selon les moyens disponibles, dans les meilleures conditions possibles.* Cependant, cette attitude marque bien à l'égard de certains patients suicidaires une moindre considération. Or, s'il est difficile de cerner précisément le poids des motifs du geste suicidaire dans ce jugement porté par les professionnels sur le patient, certains profils de patient favorisent *très clairement* la prise de distance. En effet, les personnes mobilisant régulièrement les urgences pour des problématiques suicidaires suscitent généralement *une attitude de résignation de la part des professionnels :*

Informateur 16*: ben c'est encore une… Il ne faut pas tomber là-dedans mais : « oh c'est encore lui de toute façon on ne fera rien pour lui. De toute façon la prise en charge qu'on la fasse bien ou pas bien, de toute façon il il il dans deux jours il est de nouveau là ». Donc c'est ça c'est un petit peu un… Un…*
Question*: fataliste.*
Informateur 16*: oui un sentiment de pff… qu'on fasse ça, qu'on ne fasse pas ça, qu'on fasse ça bien… de toute façon dans deux jours il est là quoi.* (Infirmier, homme)

Parfois très marquée chez certains professionnels, une telle attitude atteste précisément de ce qui est susceptible de se jouer dans le rapport soignant/suicidant : *l'attribution de responsabilité envers le patient, justifiant d'un moindre intérêt porté à son cas* :

Informateur 13*: je ne suis pas patient avec les malades psychiatriques euh... Ils m'énervent, personnellement ils m'énervent... Euh... Je pense comme beaucoup de soignants euh... on essaie de soigner comme tout le monde mais que... C'est un peu difficile parce que... Je ne dis pas que quelqu'un qui fait une tentative de suicide mérite moins d'être soigné, je dis juste que... Quand j'ai le choix entre deux patients qui sont dans un état critique, et un qui a décidé lui-même de mettre fin à ses jours, ben je vais privilégier celui qui voulait vivre et puis je* (inaudible). *Parce que je n'ai pas de, je n'ai pas quatre bras, si je pouvais faire, je ferais pareil pour les deux, mais quand t'es obligé de faire un choix... Qui se*

fait pas tout le temps! Qui doit se faire, ça sera celui qui, qui a eu un truc accidentel, un accident quoi. (Médecin interne, homme)

Il n'y a pas ici une déconsidération *systématique* mais un ensemble de facteurs qui tendent à déprécier ce type de prise en charge et à renforcer une distance dans la relation de soin. Si les professionnels s'accordent sur le fait qu'il ne faut pas minorer la gravité du geste suicidaire, quel qu'il soit, ils déprécient généralement la portée même du geste lorsque ces conduites sont très nombreuses :

Carnet A.

Je discute avec un urgentiste médecin et lui explique mon enquête. Il me demande si je m'intéresse aux « vraies TS » ou aux autres. Selon lui, il y a les personnes vraiment suicidaires et les personnes qui reviennent 200 fois pour avoir pris 3 comprimés de « je ne sais quoi ».

Informateur 18*: oui parce que même s'il y a des gens un peu moins cortiqués que d'autres, tout le monde sait que prendre un doliprane tu ne vas pas* (rire), *ce n'est pas pareil qu'en en prenant douze, donc oui, il y a une hiérarchisation entre guillemets. Mais ceci dit, ça ne change rien, la hiérarchie c'est juste dans notre pensée finalement, parce que la prise en charge au final est la même je pense.*

Question*: oui*

Informater 18 *: donc finalement c'est juste sur notre jugement intérieur, qu'on n'est pas censé avoir d'ailleurs mais qu'on ne peut pas s'empêcher d'avoir* (rire) *et… et c'est tout. Sinon on fait quand même… bon après un doliprane on ne va pas faire de dosage de paracétamolémie mais à partir de 6-8 on en fait systématiquement donc après. Puis on appelle les urgences psy dans tous les cas... enfin... enfin si quand même, quand même... parce que si elle nous dit de toute façon je veux en finir avec un doliprane, ce qui compte c'est ce qu'elle dit, ce n'est même pas du tout ce qu'elle fait finalement* (rire) (Médecin interne, femme)

Or, cette attitude n'est pas sans conséquence concrète pour ces patients, contrairement à ce que ce dernier informateur suggère.

Au service *A*, une patiente régulièrement prise en charge pour tentative de suicide est accueillie par l'IAO. Les professionnels élaborent une hypothèse diagnostique, établie sur la base *1)* du traitement qu'elle suit, *2)* de l'investigation infructueuse des pompiers à son domicile, et *3)* de la connaissance acquise par les soignants issue des précédentes prises en charge. La patiente est installée sur un fauteuil, en attente, pour un accueil dans la filière longue. Elle est connue pour des tentatives de suicide mineures et régulières, et elle ne présente pas de

signe de gravité. Elle est autorisée à partir fumer sans surveillance et finit par partir d'elle-même. Ce type de problèmes est résumé par un médecin comme suit :

> Informateur 17* *Les répétitifs, explique-t-elle, « c'est fatiguant » – « tu les connais ». Elle ajoute que « c'est dangereux parce qu'à force, tu ne fais plus attention de la même manière ». Elle raconte alors ce qui est arrivé pour une patiente il n'y a pas longtemps : elle revenait toujours pour des « petites IMV » ; elle n'a pas été prise au sérieux et a donc fait l'objet d'une moindre surveillance. Au final, elle a fait un arrêt cardiaque parce que, cette fois, elle avait pris une plaquette en plus que « d'habitude ».* (Médecin, femme)

Un autre médecin rapportera le même genre de faits :

> Informateur 20 *: Tu as le... le, le psy qui euh... qui prend ses boites tous les deux jours tu sais qu'il ne lui arrivera jamais rien. Après ça n'empêche pas! On en a une qui vient euh... tous les... tous les deux jours, et un jour elle nous a quand même claqué un arrêt parce qu'elle nous a pris, peut-être une boite de trop ou un truc, alors que d'habitude bah, il n'y a rien de grave elle repart le lendemain et puis euh... voilà.* (Médecin, femme)

Il ne s'agit pas ici de pointer la systématicité d'un désinvestissement de la part des soignants, pas plus qu'une faute professionnelle. Les services ne sont pas toujours en mesure d'assurer le contrôle et le suivi permanent du public accueilli. Toutefois, ces cas ne paraissent pas rares. Un article de jurisprudence de l'AP-HP (Assistance publique des hôpitaux de Paris), dédié aux sorties « à l'insu » (les fugues), pointe justement les conséquences dramatiques auquel le manque de contrôle sur les patients peut aboutir, lorsque l'activité est trop dense :

> « *Fugue d'une patiente du SAU* [Service d'accueil et de traitement des urgences] *puis suicide à domicile par intoxication médicamenteuse+alcool. Jeune femme de 31 ans transportée au SAU de Tenon à 5h38 (heure d'admission) Accueillie par l'IAO occupée avec un autre patient (car intervention nécessaire en salle de déchoquage) La jeune femme a ainsi été laissée seule quelques instants dans l'attente d'un box d'accueil et d'orientation. Elle a fugué au court de ce bref laps de temps. Dès la disparition constatée les recherches ont immédiatement été entreprises dans le service, sans succès. La patiente est retournée à son domicile et s'est défenestrée dans la cour de son immeuble et a été retrouvée décédée à 8H30.* » (De Prost *et al.*, 2013 : 40)

L'effet de catégorisation, l'inégale implication dans les cas et le désaveu renvoyé par les patients suicidaires les plus chroniques, peuvent engendrer des désajustements importants. Dans la mesure où le geste est considéré comme mineur, et la prise en charge comme connue

et routinière, le professionnel peut en effet se persuader qu'il n'aura aucune prise sur le devenir du patient :

> Informateur 20 *: T'as les patients psy qui font des tentatives de suicide, itératives hyper régulièrement, on a euh... comme les alcoolisés hein! On a nos chroniques psychiatriques qui vont les… Qui, d'ailleurs, qui viennent tous les deux jours parce qu'ils ont pris une boite de machin truc, c'est des patients, ce n'est pas grave. On ne peut pas les soigner on ne fera rien...* (Médecin, femme)

*

Sans être systématiques, les réactions ici rapportées n'en démontrent pas moins que la norme d'autonomie et d'accomplissement personnelle n'est pas sans effet sur la rencontre entre professionnels et suicidants. Ces propositions suggèrent une réponse médicale complexe à mettre en œuvre auprès des tentatives de suicide les plus itératives. Les facteurs organisationnels favorisent, de manière générale, une moindre attention portée à l'égard des conduites de récidives. *Or, cette moindre attention, voire certaines formes de rejet marquées, dévoile la dimension normative du travail réalisé par les urgences.* L'accueil réservé aux conduites suicidaires par les services des urgences révèle en effet que l'individualisation constitue un aspect central du jugement porté sur certaines de ces conduites. De façon tout à fait spécifique, le traitement socialement situé que les tentatives de suicide sont susceptibles de rencontrer aux urgences fait échos aux problématiques mêmes des patients suicidants. Ce traitement pourrait, par ses aspects négatifs, participer à la dévalorisation que les patients ont d'eux-mêmes, et favoriser la conduite suicidaire.

S'il est difficile d'apprécier précisément, par l'observation participante ou l'entretien de recherche, l'effet concret de ces processus sur la prise en charge de ces conduites, on trouve dans la littérature quelques éléments permettant d'en saisir l'ampleur. Dans une étude statistique relative à la prise en charge des adolescents suicidants entre 11 et 25 ans dans 18 établissements d'urgence au sein de la région PACA, Verger *et al.* (2004) montrent qu'au cours de la prise en charge hospitalière, les difficultés rencontrées sont importantes. L'étude souligne notamment que les ruptures précoces de prise en charge ne traduisent pas simplement, comme on pourrait le penser, un rejet marqué de la part des patients, mais encore *un manque d'adhésion de la part des soignants* :

> « *Si le défaut d'adhésion des patients à une prise en charge en milieu hospitalier est flagrant en ce qui concerne les sorties contre avis médical, la fréquence des sorties précoces soulève la question d'un manque d'adhésion des soignants à la prise en charge hospitalière des jeunes suicidants. Malgré un accord professionnel pour la recommander.* » (Verger *et al.*, 2004 :548)

Ces éléments trouvent confirmation dans notre analyse ethnographique de la prise en charge aux urgences, qui en offre certaines pistes d'explication et de compréhension.

D'après les données locales qui nous ont été fourni dans le service A, les fugues, les sorties sans attendre et les sorties contre avis médical – l'ensemble des sorties dites atypiques –, sont plus masculines et plus jeunes que les sorties classiques : les fugues comprennent en réalité une grande proportion de personnes alcoolisées. Parmi les sorties atypiques, une proportion plus importante de patients a été amenée par les pompiers (en particulier pour les fugues) et le temps d'attente est généralement plus long. La toxicomanie, l'éthylisme chronique et les antécédents psychiatriques sont plus représentés parmi ces sorties atypiques, et un état clinique stable et sans risque de décompensation rapide leur est associé. Ces données montrent en fait que les alcoolisations, ainsi qu'une partie des tentatives de suicide, sont surreprésentées parmi les sorties sans attendre (sortir du système de prise en charge avant le début de la prise en charge par l'IAO), les fugues et les sorties contre avis médical.

D'après ces données, la rencontre entre alcoolisations et soin d'urgence parait particulièrement incertaine, come c'est le cas pour les tentatives de suicide. Or, ici, la question des alcoolisations entretient des rapports étroits avec la question suicidaire, sans toutefois se confondre avec elle. L'ethnographie permet justement d'éclairer la prise en charge de ce type de problématique, dans ses rapports avec la suicidalité.

2.2.2 Les représentations genrées face aux tentatives de suicide : une critique de la statistique des tentatives de suicide ?

Nous souhaitons effectuer ici un retour sur l'analyse statistique qui peut être faite des tentatives de suicide à la lumière de l'analyse ethnographique. Il s'agit d'interroger les connaissances statistiques que nous avons des tentatives de suicide, en particulier au regard des conduites d'alcoolisation et des marques de suicidalité qu'elles peuvent masquer. Dans un premier temps, il s'agira d'interroger ces conduites et de se demander si elles sont susceptibles de représenter une composante spécifique des conduites suicidaires. Nous reviendrons sur la question de la prise en charge des alcoolisations au regard du processus de catégorisation que nous avons mentionné. Dans un deuxième temps, nous nous demanderons si les alcoolisations sont statistiquement représentées dans les statistiques relatives aux tentatives de suicide.

La place des alcoolisations dans la prise en charge des conduites suicidaires

L'analyse de la prise en charge aux urgences générales est l'occasion d'interroger le problème du paradoxe de genre, soulevé au début des années 1990. Rappelons-en les termes : les hommes sont statistiquement surreprésentés parmi les suicides tandis que les femmes le sont dans les tentatives de suicide. L'explication culturaliste de ce phénomène, proposée par Silvia Canetto (1998), consiste à penser que les femmes se suicident moins que les hommes parce que des apprentissages sociaux affectent, selon le genre, le choix de la méthode utilisée ainsi que l'objectif qui peut être associé à l'intention d'en finir. Ainsi, les rôles, tels qu'ils sont genrés, différencieraient *l'expression* de la souffrance, de sa gestion ainsi que les modalités d'accomplissement du geste suicidaire selon le sexe.

Nous proposons une hypothèse qui vise à compléter cette explication du *paradoxe de genre*. Les rapports sociaux de sexes semblent, en effet, conditionner des perceptions et des expressions différentes de la souffrance et de la santé, et particulièrement de la santé mentale. Ces schèmes culturels peuvent affecter l'expression et la reconnaissance des souffrances, et le choix des moyens utilisés pour résoudre les tensions auxquelles l'individu est confronté. Ainsi, les femmes entretiennent plus de proximité à l'égard du soin ; elles sont encore largement chargées des tâches et des compétences liées au soin, acquises et actualisées dans la sphère domestique, notamment auprès des enfants (Cresson & Gadrey, 2004). Elles sont en général davantage traitées par médication psychotrope : leur consommation concerne 42,8% d'entre elles contre 26,9% des hommes au cours de la vie, et 21,4% d'entre elles contre 13,3 des

hommes au cours de l'année (Inserm, 2012). Ces éléments constituent autant des médiations susceptibles de favoriser l'expression de la souffrance psychique des femmes, et sa prise en charge par le système de soin. D'où une explication plausible de leur moindre vulnérabilité au *suicide*.

En étudiant les troubles dépressifs et la consommation excessive d'alcool, soit deux des entités psychopathologiques les plus associées aux suicides et aux tentatives de suicide, Anne-Sophie Cousteaux et Jean-Louis Pan Ké Shon (2008) ont montré que ces entités sont liées à des facteurs démographiques et économiques qui affectent, de la même manière, les conduites suicidaires létales et non létales. Nous en avons plus longuement discuté dans la première partie de cette thèse. Les auteurs proposent de considérer ces phénomènes comme des *expressions* distinctes d'une souffrance consécutive à des tensions sociales importantes : les femmes présenteraient plus souvent un mal-être de type dépressif, tandis que les hommes seraient davantage sujets à l'alcoolisme. Or, si les hommes sont moins nombreux à figurer dans les statistiques des tentatives de suicide, il se pourrait néanmoins que leur propension à l'alcoolisme masque en réalité des formes suicidaires elles-mêmes spécifiques, liées à l'expression genrée du mal-être.

On trouve des indices de cette proximité dans la littérature sur les conduites suicidaires. Diekstra (1989) rapporte que la relation entre dépression et conduites suicidaires (suicide et tentative de suicide) aux Pays-Bas, entre 1975 et 1986, s'explique par la dégradation économique que le pays a connue au cours de la période. Dans ce contexte, l'auteur souligne que l'association entre dépression et conduite suicidaire est plus prononcée chez les hommes, alors même que la prévalence des troubles dépressifs chez les hommes est, habituellement, inférieure à celle des femmes. L'auteur suggère *1)* que la sensibilité des hommes à l'égard des problématiques économiques induit chez eux davantage de dépression *et* de conduites suicidaires, *tandis que 2) leur plus grande distance à l'égard du système de soin minorerait la prise en charge de leur dépression, favorisant des conduites d'alcoolisme et des suicides* :

> « *Unfortunately, hardly any studies are available on the general population level that have examined the relationship between suicide, parasuicide and depressive disturbance. An exception is a recent study in the Netherlands (55) in which the association between national suicide and parasuicide rates (hospital inpatient data) and depressive mood disturbance (point prevalence, based on population sample survey data) over the period 1975-1986 (1985 for parasuicide) was established. In this period, the Netherlands, like many other European countries, experienced a strong increase in economic*

problems (in particular a sharp rise in (youth) unemployment), reaching a peak in 1983 (the crisis year) and thereafter levelling off somewhat. The findings showed that there was a clear association between the suicide rate, the parasuicide rate and depressive mood prevalence over the measurement period. The association is stronger for men than for women, which might indicate that depressed mood and (para)suicidal behaviour in men are more closely associated with adverse changes in economic and employment conditions than in women. Furthermore, although women may indeed more often experience dysphoric feelings (52), they may also be more inclined to communicate such feelings to others (even in the form of parasuicide), whereas men may be less inclined to do so and more often cope with them by substance (ab)use, therewith increasing the probability of not only worsening such feelings but also of more severe social, interpersonal and physical disruption, which in turn increases the risk that suicidal behaviour, when it occurs, has more harmful or fatal consequences. » (Diekstra, 1993 : 18)

L'hypothèse que nous proposons d'étayer consiste à affirmer que certaines intoxications de substances licites ou illicites chez les hommes ne sont pas prises en charge en tant que tentatives de suicide, non parce qu'elles leur sont fondamentalement étrangères, mais parce que le caractère suicidaire de ces conduites n'est pas aisément identifiable. Ces intoxications seraient placées à la marge des tentatives de suicide pour des raisons qui tiennent à une moins bonne reconnaissance de leur caractère suicidaire.

Brownlie (2012) suggère, à ce propos, que l'expression des difficultés psychologiques et de pensées suicidaires est moins admise pour les hommes. Les hommes seraient moins nombreux à rechercher, auprès des professionnels de santé, un soutien formel face à leurs difficultés :

« […] *men are much less likely to have a positive orientation towards emotions talk in general, and also towards the idea of formal support in the face of emotional difficulties. The gendered nature of help-seeking (Cleary, 2012) and the ways particular constructions of masculinity restrict men's willingness to seek help (O'Brien et al., 2005; Noone & Stephens, 2008), with concomitant consequences for their health (Courtenay, 2000; 2003), have been well documented. Again, however, there is a need to be cautious about shoring up gendered binaries:* » (Brownlie, 2012: 102)

Cette tendance serait la conséquence d'une certaine réserve que les hommes manifestent plus souvent à l'égard de la communication des émotions. Si tous les hommes ne s'attachent pas fermement à une identité marquée par la résistance morale et le refus de toute assistance. ce *pattern* semble jouer un rôle important dans leur vulnérabilité face au suicide :

« *As might be predicted from work on masculinity over the last decade or so (Connell & Messerschmidt, 2005; Kimmel, 1994; Whitehead, 2002), the STTT study found that men, both in general and of all ages,*

continue to exhibit very different attitudes to talking about emotion from those of women. […] *for many men there is still an apparent stigma attached to emotional disclosure and a sense that emotional distress and mental health problems carry significant risks for masculine identity (O'Brien et al., 2005). Ridge[…]This lack of belief in the efficacy of talk was common among men across socio-economic groups in the STTT study, reflecting the findings of other research (O'Connell & Clare, 2004) and supporting the argument developed above about the need to focus more on gender than class in relation to men's emotions talk.* » (Brownlie, 2012 : 98-103)

Brownlie ajoute que ce soutien professionnel n'est pas simplement rejeté par les hommes, mais il n'est mobilisé que tardivement, lors de la survenue de crises. Au contraire, les femmes bénéficieraient en amont de davantage de soutien, tant formel qu'informel :

« *Use of formal emotional support remains primarily associated with moments of crisis, and with failure of the usual support mechanisms. As such, the problem is perhaps less about levering men into formal support at times of crisis than about reinforcing their ability to access both informal and formal support in advance of those points of breakdown (Myers et al., 2005), returning again to the need to intervene before the build-up begins.* » (Brownlie, 2012: 103)

Or, la reconnaissance des tentatives de suicide et leur qualification comme telle conditionnent leur prise en charge aux urgences. Lorsqu'on interroge les soignants à ce propos, ils admettent aisément la possibilité de « découvrir » une tentative de suicide moins en amont qu'au cours de la prise en charge. Cette découverte, parfois tardive, fait suite à une définition de la tentative généralement associée à l'usage d'une gamme relativement réduite et admise de produits, à commencer par les médicaments psychotropes :

Carnet A.

Concernant les exogénoses [alcoolisations]*, je demande si cela peut arriver qu'il y ait une entrée et qu'on découvre après qu'il s'agit en fait d'une TS. Elle me répond oui : cela arrive qu'on prenne en charge quelqu'un pour exo et qu'il s'avère au cours de l'entretien qu'il y a une rupture conjugale, et qu'en creusant un peu on découvre qu'il y a également une prise de médicaments. Elle ajoute que ces cas de « découverte » sont rares ; de façon générale on sait ce qui arrive à l'orientation dans ces types de prises en charge. Mais, en même temps qu'elle minimise la fréquence de ces découvertes, elle confie que ces patients sont parfois pénibles, donc on ne leur pose pas forcément la question.*

Informateur 16: *euh non non, oui ça m'est déjà arrivé oui oui* [de reconnaitre une tentative de suicide en cours de prise en charge]. *Par exemple une IMV : « oh bah non je me suis trompé », et puis en discutant un petit peu on… en faisant la perfusion moi j'essaie de discuter maintenant avec les gens, de*

m'apercevoir que ce n'était pas un oubli, que ce n'était pas une erreur et que c'était une IMV quoi. Oui ça m'est déjà arrivé. (Infirmier, homme)

Or, comme on l'a dit, les alcoolisations font fréquemment l'objet d'un certain désinvestissement :

Informateur 18: *oui aussi* (rire). *Certes... Ils sont... Souvent c'est des personnes* [les personnes présentes pour alcoolisation] *euh... Qui sont mal, qui ont des problèmes sociaux, qui vivent dans des conditions défavorables euh… Pfffff… Qui ne sentent pas, bon qu'il faut examiner quand même euh... Qui sont certains violents... Euh... Il faut... Ce n'est pas simple de les voir quoi... Ils sont en filière courte là-bas quand ils sont isolés dans le couloir, quand on est seul... Ou alors avec un externe. Ce n'est pas simple... Mais bon en général quand ils sont vraiment violents, ils sont là devant, parfois ils sont contentionnés quoi, mais... Ou alors ils sont laissés sur un brancard pour attendre qu'ils dégrisent quoi... Ils sont comme ça…*

Question: *et eux quand tu les prends en charge c'est la même procédure?*

Informateur 18: *que*

Question: *que les autres types de patients c'est-à-dire ils sont vus par l'IAO*

Informateur 18: *ah oui, ça oui... Oui, mais enfin... le truc c'est que les exo, il y en a beaucoup le soir et que... Oui je ne sais pas. Oui, si, c'est les externes qui y vont ou on y va ensemble. Oui, si ça va peut-être plus vite entre guillemets, plus vite je ne sais pas... Puis, il n'y a pas forcément grand-chose à faire enfin...*

Question: *c'est quoi les examens à faire?*

Informateur 18: *normalement c'est les examens cliniques être sûr s'il s'est cassé la figure... Euh... Oui, être sûr qu'il n'y a pas d'hématomes nulle part, qu'il n'y a rien de cassé, euh... Examen neurologique quand il est capable de le faire enfin... Si c'est en dessus de deux grammes, ça n'a pas beaucoup d'intérêt s'ils sont alcoolisés euh...*

Question: *pareil tu leur poses des questions ou...?*

Informateur 18: *j'avoue que... Je ne m'attarde pas de questions comme pour les IMV...*

Question: oui...

Informateur 18: *parce que c'est beaucoup des chroniques quoi... Il y a déjà l'addicto qui a déjà essayé de faire des choses, mais qu'en général enfin. J'avoue e....je m'attache beaucoup moins à ce... Sauf quand il y en a euh... Qu'ils sont désireux d'être pris en charge quoi.* (Médecin interne, femme)

En raison du caractère addictif de ces conduites, l'intentionnalité suicidaire doit être repérée afin qu'une prise en charge pour tentative de suicide s'opère. Ici, les professionnels des urgences s'avèrent plus exigeants qu'à l'égard des patients qui sont traités pour des intoxications médicamenteuses ou des phlébotomies. Pour ceux-là, le geste de type suicidaire suffit à les adresser auprès des professionnels de la psychiatrie, que le patient soit chronique ou non. En d'autres termes, si les IMV ou les phlébotomies ne nécessitent pas la claire expression

d'une intention suicidaire pour être orientées vers les services spécialisés, l'alcoolisation, quant à elle, nécessite la démonstration *plus manifeste* d'un état psychologique déprimé, d'un geste particulièrement violent et désespéré, sinon l'expression explicite de velléités suicidaires :

> Informateur 23: […] *L'alcool, ils ne voient pas les psy. Sauf si tu as le terrain dépressif derrière manifeste oui, mais...*
> Question: *sauf s'il dit qu'il veut mourir...*
> Informateur 23: *oui...*
> Question: *et les tentatives de suicide par médicament, elles voient nécessairement les psy ?*
> Informateur 23: *oui.* (Médecin, homme)

Ce phénomène tient à la définition généralement admise de la tentative de suicide. En effet, cette définition exclut explicitement les conduites d'addiction du fait du caractère habituel de l'intoxication. Au service B, la définition des tentatives de suicide formulée par l'équipe de psychiatrie intègre tout geste auto-agressif qui ne constitue pas une habitude : il ne doit pas être régulier. C'est cette définition que l'on retrouve dans le référentiel de psychiatrie 2014 :

> « *La tentative de suicide correspond à tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz…) ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel : les conduites addictives (alcool, drogue…) sont donc exclues ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter.* » (*Référentiel de psychiatrie*, 2016 : 88)

Cette précision concernant le caractère inhabituel de la prise de toxique vise en fait à écarter les intoxications médicamenteuses effectuées par les toxicomanes, où le geste est considéré comme une fin en soi, tandis que dans la conduite suicidaire le geste n'est qu'un moyen en vue d'échapper à une « souffrance intolérable » (on approfondira cet aspect dans l'analyse du travail psychiatrique). Dans le cas de l'addiction, l'intoxication est considérée comme un « attentat normal », habituel, attendu, compte tenu des « habitudes » de l'individu qui le commet. L'accident, l'excès, est attendu, et son explication est *évidente*.

Pourtant, Sylvia Canetto (2001) suggérait au début des années 2000 que l'abus de substance et la tentative de suicide sont issus de fonctionnements psychologiques équivalents. La tentative de suicide et l'abus d'alcool ou de substances constitueraient, selon l'auteure, la conséquence de formes différentes d'adaptation à l'égard de difficultés *intrapsychiques* et *interpersonnelles équivalentes*. Pour Canetto, ces adaptations seraient structurées par des normes sociales indexées sur le genre. Les hommes tendraient généralement, en effet, à abuser

des substances, plutôt qu'à s'intoxiquer avec, si tant est qu'une telle distinction soit possible. Les deux conduites marqueraient une forme d'adaptation à une situation problématique :

> « […] *they may be alternate forms of coping with similar underlying intrapsychic and interpersonal difficulties. Given a specific set of psychological and interpersonal circumstances (which may include depression, hostility, and/or conflict around dependence and dominance), women and men may engage in some form of self-injurious behavior. Whether that behavior will be a suicide attempt or a substance abuse will depend on two factors; the norm defining gender-appropriate deviance within a particular community and the individual's conformity to such norm* » (Sylvia Canetto, 2001 : 615).

Et l'addictologie a depuis longtemps nommé certaines conduites d'alcoolisation massive ou de toxicomanie comme des « équivalents suicidaires », même si elle distingue bien ces conduites des tentatives de suicide. Dans le numéro datant de 2003 d'Actualité et Dossier en Santé Publique, coordonné par Jean-Louis Terra, Michel Walter (2003) rappelle l'existence de ces « équivalents suicidaires », qu'il distingue bien, cependant, des formes plus conventionnelles de la suicidalité :

> « […] *il parait utile de distinguer les équivalents suicidaires (overdose toxicomaniaque ou conduites d'alcoolisation massives aboutissant au coma éthylique) et les tentatives de suicide. Ces dernières surviennent électivement lors d'un état confusionnel par absorption massive ou à l'occasion d'une dépression et/ou d'une crise aiguë d'angoisse liée au sevrage.* » (Walter, 2003 : 28)

Bien que distinctes, ces conduites mériteraient d'être comptabilisées dans le champ des conduites suicidaires, et de faire l'objet d'une attention spécifique du sociologue, ainsi que des professionnels chargés de leur prise en charge. De fait, la moindre attention portée aux problématiques addictives tend à minorer la reconnaissance et, par suite, le diagnostic, de ces conduites « suicidaires », comme l'atteste le cas rapporté par ce médecin :

> Informateur 17*. *En parlant des « tox », elle me raconte alors l'histoire de ce patient « tox » connu, « un patient qu'on connait, j'entends (sous-entendu quelqu'un qu'on voit souvent dans le service, et non pas connu pour des antécédents). Le patient revient donc 5 fois dans la même semaine pour intoxication (overdose). À la cinquième fois, elle a considéré que cela relevait de la psychiatrie. Le patient sera finalement pris en charge par la psychiatrie et hospitalisé sur une longue période. Il répétera une dernière overdose qui lui sera fatale. « Mais ce « tox », ajoute-t-elle, sera remplacé. C'est ça avec les « tox ». Lui, est mort, mais il y en aura un nouveau qui prendra sa place. C'est l'époque qui veut ça.* (Médecin urgentiste, femme)

La catégorisation semble bien pouvoir affecter la façon de penser certains gestes. Ici, l'expression de la plainte et sa compréhension pourraient être minorées, sinon exclues. Autrement dit, si l'on considère, comme nous le proposons, qu'une partie des conduites d'intoxications par alcoolisation ou stupéfiants présentent des caractéristiques similaires à certaines intoxications médicamenteuses volontaires, on peut suggérer que la logique de travail aux urgences tend à réduire la « reconnaissance », par les équipes, de conduites normalement adressées aux psychiatres de façon systématique. C'est le cas pour certaines intoxications alcooliques seules. En effet, pour qu'une alcoolisation « simple » fasse l'objet d'une prise en charge psychiatrique, il faut que celle-ci s'accompagne d'idées suicidaires. Or, pour recueillir de telles pensées, encore faut-il que l'échange le permette. Le traitement différencié des alcoolisations et des toxicomanies par les urgences parait alors limiter la recherche de tels indices.

De même, lorsqu'une alcoolisation est accompagnée d'un usage excessif de médicaments, il est bien possible que le repérage de l'intoxication médicamenteuse ne s'opère pas. En la matière, la recherche d'indices suicidaires parait jouer, comme le suggère cet exemple d'admission aux urgences générales du service A :

> ***Carnet A***.
> *Un externe prend en charge un patient pour une alcoolisation avec une suspicion d'intoxication médicamenteuse par séresta, mentionnée par les pompiers. L'externe va dans le box du patient et lui demande les raisons de sa venue. Le patient explique une simple alcoolisation. L'externe pose des questions concernant les traitements et les antécédents. Le patient explique être sous traitement séresta. L'externe, au courant d'une suspicion d'intoxication médicamenteuse, oriente son questionnement concernant d'éventuelles idées suicidaires : le patient explique avoir pris également une quantité excessive de médicaments en plus de l'alcool, parce qu'il n'en pouvait plus (rien de certain ne sort de l'intention : il ne dit pas vouloir mourir clairement). Ici, c'est le motif d'entrée dans les notes laissées par les pompiers qui permet un premier indice et qui va orienter l'entretien du médecin (ici l'externe). La prise en charge s'oriente donc pour tentative de suicide : l'externe propose au patient une consultation avec les urgences psychiatriques et le patient accepte.*

Ici, sans la suspicion d'une intoxication médicamenteuse, il n'est pas certain que le patient, relativement réticent à avouer un surdosage médicamenteux, eut fait l'objet d'une consultation psychiatrique : arrivé uniquement pour alcoolisation simple, ce qui a été pris en compte ici comme une intoxication médicamenteuse aurait finalement pu être négligé. Cet exemple montre à la fois l'écueil potentiel dans la prise en charge des alcoolisations

accompagné d'un geste suicidaire conventionnel, et à la fois la non-systématicité de la prise de distance des soignants : c'est ici l'intervention de l'externe, prévenu d'un risque suicidaire, qui permet d'approfondir la plainte et d'orienter le patient vers la psychiatrie.

Un autre exemple, relevé au cours d'une observation et repris lors d'un entretien, atteste également des possibilités d'un dépistage de la crise suicidaire par les urgences dans le contexte des consommations excessives d'alcool seules. Ainsi, le service B accueille une patiente en état d'alcoolisation massive. Ses antécédents psychiatriques sont connus ; elle a par ailleurs déjà tenté de mettre fin à ses jours par le passé. Ce profil suscite l'inquiétude des services, si bien que la conduite de la patiente sera considérée comme un équivalent suicidaire. Ainsi, l'ingestion massive d'alcool, semble-t-il inhabituelle dans son cas, a suscité les craintes de l'équipe soignante.

> Question*: Les gestes qui ne sont pas typiquement des tentatives de suicide? Par exemple, la patiente X, qui est arrivée pour une forte alcoolisation, est-ce que ça peut être une tentative de suicide par alcool? Et est-ce que ça va arriver en psychiatrie?*
> B_S02*: Ce sont des conduites associées… Enfin ce sont des conduites que l'on associe souvent à des conduites suicidaires… Voilà, apparentées à des conduites suicidaires. Justement la dame qui est là et qui est demandeuse d'être vue, tu vois, qui est arrivée qui était en coma éthylique, etc. Nous euh… Moi-même je me suis permis de lui dire à un moment donné, de lui demander "est-ce qu'elle a des idées suicidaires". Donc elle m'avait répondu non. Et c'est là que je lui dis, vous savez que nous dans notre métier, ce genre de comportements, nous l'associons à des conduites suicidaires… Parce que… Voilà. Et donc après c'est là que tu peux amener le patient, « donc vous êtes quand même conscient qu'en vous alcoolisant de façon aussi importante vous mettez votre vie en danger, vous vous mettez en danger, etc. ». Tu vois, tu l'amènes.* (Infirmière psychiatrique)

Au service *A*, la présence d'un alcoologue de liaison au sein des urgences permet une consultation des personnes accueillies pour éthylisme tous les matins. Il est donc bien possible de repérer les conduites suicidaires dans le contexte de ces consommations. Toutefois, le faisceau d'alertes reste moins dense dans pareil cas, au regard de la qualification dont font l'objet les intoxications médicamenteuses ou les phlébotomies qui sont, quant à elles, systématiquement adressées aux psychiatres :

> Informateur 11: *alors s'il* [un cas d'alcoolisation] *arrive en pleine nuit… S'il arrive à 14h c'est marre... Il va sortir à 22h il aura décuité et on n'en parlera plus. Ils ne vont pas nous appeler… Par contre s'il arrive à 3h du matin, il y a une infirmière de liaison d'alcoologie, qui passe tous les matins... Donc tous les*

matins, elle voit tous les patients qui sont entrés pour ivresse. Voilà, pour les problèmes d'alcoolisation. Elle leur propose, enfin elle évalue, leur difficulté avec eux, et elle leur propose un suivi si elle considère que c'est... Et quand elle a un doute pour une problématique psychiatrique, elle pose l'indication, elle dit aux collègues du SU, ce monsieur-là il a certes une problématique d'alcool, mais il a aussi des problèmes psy, euh, dépression euh... schizo, peu importe, et donc elle les interpelle eux […]

Question*: ok… Mais si la personne arrive à 14h comme tu dis ou qu'elle part avant… ou si elle fugue en fait...*

Informateur 11: *oui, là c'est mort.*

Question*: parce que les urgences ne l'appellent pas systématiquement ?*

Informateur 11*: non, non non. S'il n'y a pas d'inquiétude euh… Pff,.. Fugue constatée et puis...*

(Infirmier psychiatrique, homme)

*

Deux constats s'imposent ici. D'abord, si les hommes sont sous-représentés dans la statistique des conduites suicidaires non létales, c'est peut-être bien parce que ces problématiques para-suicidaires sont moins évidentes à repérer et à prendre en charge. Comme le montrent les exemples cités, leur dépistage reste possible, mais il est probable qu'un certain nombre de ces conduites para-suicidaires ne fassent l'objet d'aucune consultation spécialisée. Plus, même associées à des gestes plus conventionnels comme l'intoxication médicamenteuse volontaire, certaines alcoolisations pourraient passer sous le radar des professionnels. L'observation, en pareil cas, ne peut finalement dévoiler que les cas de repérage.

Mais au-delà de la capacité des professionnels à prendre en compte l'ensemble de ces conduites atypiques, c'est surtout la comptabilité des tentatives de suicide qui tend à minorer le phénomène dans le contexte des consommations excessives d'alcool. En effet, *les alcoolisations qui expriment des velléités suicidaires et qui sont orientées vers la psychiatrie ne sont pas comptabilisées dans les statistiques des conduites suicidaires.* Il est vrai, en la matière, qu'il est complexe de saisir si ces conduites tiennent véritablement d'une situation de crise suicidaire. On va voir, cependant, que nombre de conduites d'intoxications médicamenteuses sont comptabilisées comme tentatives de suicide malgré une intention incertaine ou inconnue, sinon absente. De plus, et c'est là toute la limite du décompte des conduites suicidaires à l'hôpital, celui-ci ne permet pas de distinguer les alcoolisations « simples » des conduites qui, comme toutes les intoxications médicamenteuses, font l'objet d'une évaluation psychiatrique spécialisée requise pour tout geste auto-infligé avec intention suicidaire ou associé à une intention suicidaire.

Compter les tentatives de suicide : une équation difficile à résoudre

Qu'enregistre la statistique des tentatives de suicide ? Une partie importante de cet enregistrement semble relever, en réalité, d'une intention suicidaire relativement incertaine. En effet, lorsqu'on comptabilise statistiquement les intoxications médicamenteuses hospitalisées, on n'en connait pas clairement l'intention. Au sein de ce que l'on nomme généralement des tentatives de suicide, on recense aussi bien des individus qui ont pris des médicaments et qui disaient vouloir seulement « dormir » ou seulement « interpeler l'entourage » – et dont l'intention de mourir n'est pas clairement établie –, et des personnes qui ont manifesté leur souhait d'en finir et dont la survie a été « miraculeuse ». Cette imprécision est commune à de nombreuses études, à l'instar des données recueillies pour déterminer les différences de risque de mortalité par suicide selon les moyens utilisés à partir de la base Amphi. De la même manière, le Baromètre Santé 2010 s'est employé à recenser les tentatives de suicide déclarées chez les jeunes de 15-30 ans. Dans cette enquête, 23% des répondants déclaraient avoir eu une volonté manifeste de mourir, et 17% faisaient part d'une intention probable d'en finir tout en avouant que le moyen qu'ils avaient utilisé n'était pas le plus adapté. En somme, pour 60% des répondants, l'enquête ne permet d'établir avec clarté la présence d'une intention suicidaire. Pour autant, faut-il considérer que ces répondants n'ont pas connu d'épisode suicidaire ?

Sur l'un des terrains où nous avons mené une partie de nos observations, une enquête auprès des suicidants montrait que 35% des motifs du passage à l'acte étaient associés à la volonté de mourir. Il s'agissait souvent, en ce cas, de personnes présentant des idées suicidaires avant le passage à l'acte. Dans l'ensemble, 56% des passages à l'acte étaient précédés d'idées suicidaires. Sur ce terrain donc, parmi les individus pris en charge pour tentative de suicide, 65 % ne présentaient pas d'intention suicidaire manifeste, et *44% n'avaient pas exprimé d'idée suicidaire avant leur geste*. Encore une fois, il ne s'agit pas de minimiser la gravité des conduites suicidaires non létales et de les distinguer pleinement des suicides. Il s'agit plutôt d'indiquer que les conduites suicidaires non létales, à l'instar d'ailleurs du suicide, sont marquées par une diversité qu'on a peine à approcher au regard d'indicateurs aussi généraux.

Il est vrai que le recueil des données concernant les tentatives de suicide est beaucoup plus récent que celui des suicides, et qu'il présente des difficultés autrement plus importantes. En France, la multiplication des sources vise à offrir un panorama large du phénomène, sans

toutefois le recouvrir pleinement. En 2006, Mouquet et Bellamy ont proposé un dénombrement très large des tentatives de suicide en France, à partir de plusieurs sources, à savoir :

- la base des données d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique (PMSI-MCO) ;
- une enquête internationale multicentrique sur la santé mentale en population générale (SMPG) ;
- une étude réalisée auprès de médecins généralistes volontaires via le réseau Sentinelles ;
- et une investigation réalisée par la DREES en 2002 auprès de 150 services d'urgences.

Cette étude donne un aperçu qui se veut le plus vaste possible du phénomène. Il répertorie ainsi près de 200 000 à 220000 tentatives de suicide ayant donné lieu à un recours aux soins en 2002. 162 000 tentatives ont été prises en charge par les urgences, après avoir été adressées, pour 91000 d'entre elles, par un médecin (traitant ou autre). Parmi les patients concernés, 39 000 sont retournés à leur domicile à l'issue de leur passage aux urgences. Et, environ 105 000 d'entre eux ont été hospitalisés en MCO, et 64 000 d'entre eux ont fait l'objet d'une hospitalisation dans les services de psychiatrie

Les données françaises d'hospitalisation des tentatives de suicide les plus fiables sont aujourd'hui recueillies grâce au PMSI-MCO, et du réseau Oscours (soit environ 160 000 tentatives par an (Mouquet & Bellamy, 2006), ce chiffre étant parfois estimé entre 176000 et 220000 (Chan Chee & Jezewski-Serra, 2014)). Mais qu'est-ce qui est récolté à cette occasion ? Si, dans le suicide, l'intention de se donner la mort semble importante pour qualifier le décès, il est impossible d'exiger un tel critère concernant les tentatives de suicide. L'hétérogénéité même des conduites suicidaires et leur incertitude posent un problème de fond dans l'enregistrement des tentatives de suicide. Les conduites suicidaires intègrent une gamme de passages à l'acte caractérisés par une intention ambiguë, masquée, voire absente. Les équivalents suicidaires, dont l'intention n'est pas claire également, sont-ils pris en compte dans le dénombrement du phénomène ?

Nous ne soutenons pas ici que l'intoxication simple à l'alcool et que toutes les intoxications de stupéfiants, régulières ou non, sont des équivalents d'intoxication médicamenteuse à visée suicidaire. Elles sont cependant, comme nous l'avons dit, des indicateurs pertinents d'un *mal-être dont la prévalence varie selon des facteurs proprement*

sociologiques. Certaines de ces conduites pourraient bien, par leur proximité vis-à-vis des conduites suicidaires ambivalentes, intégrer l'analyse sociologique des conduites suicidaires. L'importance du lien entre certaines conduites d'addiction et les conduites suicidaires conforte cette proposition. La méta-analyse de Harris et Barraclough (cité par Delile, 2009) indique que le risque de décès par suicide est multiplié par 10 chez les dépendants à l'alcool, par 14 chez les dépendants aux opiacés et par 17 chez les poly-toxicomanes. Guillaume et Bellivier (2013), rappellent quant à eux que le suicide représente 35% des causes de décès chez les usagers de drogues par intraveineuse ; et que le risque de suicide est multiplié par 11 chez les consommateurs d'opiacés et par 30 chez les polytoxicomanes (Guillaume & Bellivier, 2013). Par ailleurs, 58,9% des tentatives de suicide sont associées à un trouble psychiatrique : dans 60% des cas, il s'agit de troubles dépressifs et, dans 36% des cas, de troubles liés à la consommation d'alcool (Chan Chee & Jezewski-Serra, 2014). Dans le référentiel de psychiatrie français 2016, l'abus de substances est considéré comme une des manifestations directes de la crise suicidaire. Favre, Choquet et Azoulay (1997) ont montré que l'alcoolisation augmentait le risque de conduites suicidaires, chez les jeunes hommes représentatifs d'une population de 400 000 sujets sélectionnés dans des centres de sélection des armées. Selon eux, dans pareil cas*, il s'agit, non pas d'ivresses festives, mais d'ivresses répétées et solitaires, pour « oublier ses problèmes » ou « par perte de contrôle »*.

Michel Lejoyeux, dans son intervention à la conférence de consensus sur la crise suicidaire en 2000 (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé *et al.*, 2000), proposait de revoir les liens épidémiologiques connus entre alcool et conduites suicidaires. Il rappelle, comme nous venons de le faire, que la dépendance à l'alcool est un trouble psychiatrique plus souvent associé aux tentatives de suicide des hommes, tandis que la dépression est davantage associée aux femmes. Le risque de suicide est beaucoup plus élevé chez les alcooliques que chez les non-alcooliques, et il augmente avec l'âge. L'auteur note que ces crises suicidaires sont plus souvent liées à un geste « impulsif », tandis que l'intention suicidaire (mesurée par l'échelle de Beck) y est moins présente. Or, les personnes alcoolisées au moment de la prise en charge sont moins souvent adressées à un psychiatre, constat qui rejoint nos données ethnographiques.

Poursuivons notre inspection des dénombrements disponibles et abordons plus précisément le lien entre conduites suicidaires et abus de substances. Les codes utilisés pour

comptabiliser les tentatives de suicide à partir du PMSI-MCO en France et les suicides à partir du Cépidic-Inserm, sont les codes X60 à X84. Ils comprennent le code X62, qui correspond au suicide ou à la tentative de suicide par usage de stupéfiants, ainsi que le code X65, correspondant aux suicides et tentatives de suicide par ingestion d'alcool (tout type d'alcool). On pourrait ainsi penser que la statistique disponible enregistre, dans le contingent des tentatives de suicide et des suicides, les hospitalisations et décès par alcool ou usages de stupéfiants, de type suicidaire. Mais, le principe même de l'équivalence suicidaire repose sur l'incertitude qui pèse sur l'intention qu'il est possible d'associer aux conduites rassemblées sous cette étiquette. C'est pourquoi il est peu probable que ces codes d'auto-intoxications volontaires (alcool ou stupéfiant) puissent recouvrir l'ensemble des équivalents suicidaires. Dans une majorité de cas, la volonté de mourir n'est pas affirmée, consciente ou certaine, au même titre qu'une part non négligeable de conduites suicidaires enregistrées.

Prenons d'abord le cas des décès causés par l'abus de stupéfiants en vue d'établir dans quelle mesure il est intégré aux conduites suicidaires. On comptabilise, effectivement, des suicides directement causés par l'usage de drogue, puisqu'ils sont compris sous le code X62. Ils représentent 5 à 10% des causes de décès par surdosage (Questel, 2010). La gamme des codes utilisée pour saisir la mortalité par surdosage de stupéfiants est beaucoup plus vaste : on compte, par exemple, les intoxications par associations de stupéfiants sans plus de précision (code F19 de la CIM-10), les intoxications aux opiacés (F11), ou les intoxications aux stupéfiants en contexte inconnu (Y12). On compte encore les intoxications dites accidentelles (X42). Ici, la fourchette de 5 à 10% de suicides par surdosage, parmi les décès par overdose, parait sous-évaluée. En effet, la catégorisation d'une intoxication par stupéfiant comme étant accidentelle (X42) – soit 18 à 30% des décès directement causés par l'usage de drogues –, comprend sans doute une part d'intoxication où le caractère suicidaire de la conduite est probable. Les autres codages – associations de stupéfiants sans plus de précision ; intoxications aux opiacés ; intoxications aux stupéfiants en contexte inconnu – peuvent également comprendre des conduites para-suicidaires.

Pour autant, le suicide accompli par « overdose » est rare au sein des décès par suicide, puisqu'on compte entre 300 et 400 décès par surdosage par an, *au total*. Son poids est donc faible, rapporté au nombre de suicides observés par an (environ 10 000). Autrement dit, la sous-évaluation du suicide par surdosage chez les toxicomanes, quand bien même serait-elle corrigée, ne devrait pas accentuer la surreprésentation des hommes dans le suicide. De la même

manière, lorsque la toxicomanie des hommes s'associe à un fond suicidaire et que la prise de toxique pourrait davantage correspondre à un équivalent suicidaire, il est peu probable que cette tendance suffise à renverser le constat de la surreprésentation des femmes dans les tentatives de suicide. En effet, on comptait en France, en 2011, 6400 séjours hospitaliers en MCO pour usage de drogues illicites, dont un tiers pour usage d'opiacés (OFDT, 2013).

La situation s'avère plus complexe dans le cas de l'abus d'alcool. Si nous avons noté que les codes X65 comprenaient l'usage d'alcool, l'intoxication éthylique aiguë seule est souvent rejetée par les études consacrées aux tentatives de suicide. Dans leurs séries statistiques des para-suicides, rapportées aux oscillations du taux de chômage à Edimbourg entre 1968 et 1987, Platt et Kreitman excluent toutes les intoxications à l'alcool :

> « *The operational definition of parasuicide remained unchanged throughout the period. It is a non-fatal act in which a person causes a self-injury or ingests a substance in excess of any prescribed or generally recognized therapeutic dosage. This include a small number of overdoses resulting from habitual misuse of drug or experimentation with drugs "for kicks" but excludes simple intoxication with alcohol.* » (Platt & Kreitman, 1990: 57)

Michel *et al.* (2000) quant à eux, ont travaillé sur les méthodes utilisées dans les conduites para-suicidaires à partir de l'enquête *WHO/EURO multicenter study on parasuicide*. Les mêmes codes X60 à X84 ont ainsi été utilisés à l'échelle européenne pour évaluer la prévalence des conduites suicidaires. Les auteurs dénombrent le recours à plusieurs méthodes dans environ 30% des cas, l'association de l'intoxication médicamenteuse et de l'alcool étant la plus fréquente[33]. Les auteurs décrivent les problèmes méthodologiques soulevés par l'évaluation de la part tenue par l'alcool dans la dynamique des conduites para-suicidaires :

> « *Alcohol as a method appears to be an exception, as it was difficult to ensure consistent recording of alcohol as a method for parasuicide. The recording of alcohol very much depends on the interviewing style. Many patients may not report the use of alcohol spontaneously, because they do not consider this as relevant, or feel ashamed to admit it. Some centers did not ask for concomitant use of alcohol when other methods were used. On the other hand, in some centers, e.g. Helsinki, alcohol breath tests were used to determine whether the patient had consumed alcohol or not.* » (Michel et al., 2000) : 162)

[33] Les seuls centres participants qui avaient un faible taux de doubles méthodes (10%) étaient caractérisés par l'enregistrement de l'intoxication alcoolique dans les seuls cas où l'individu n'avait utilisé que cette méthode et lorsque qu'il avait explicitement exprimé son intention de mourir par ce moyen.

Les statistiques françaises établissent, pour leur part, que 8% des tentatives de suicide pourraient être associés l'abus d'alcool, de produits chimiques ou de pesticides. Mais, ce chiffre n'est pas réellement convaincant. En effet, l'usage d'alcool seul est généralement codé par le personnel médical sous d'autres catégories : le code F10.0. Comme on l'a dit, si l'on se fie aux chiffres recueillis par le PSMI-MCO mais également aux données issues des Urgences, le nombre total de tentatives de suicide prises en charge par l'hôpital est estimé à environ 160.000, parfois plus. Si, maintenant, on se penche sur le nombre de passages aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë, à partir du code F10.0 et non du code X62, on peut recenser 104.404 admissions pour ce motif aux urgences en 2011, dont 88% sont des intoxications éthyliques en diagnostic principal (Perrine & Develay, 2013). L'intoxication éthylique aiguë prise en charge aux urgences est masculine dans trois cas sur quatre. On observe deux pics selon les classes d'âges : un premier entre 15 et 24 ans, et un second plus important entre 35 et 54 ans, pour les hommes comme pour les femmes. Cette courbe est ainsi relativement proche de celle des tentatives de suicide féminines, dont on observe un premier pic entre 15 et 19 ans, puis un second pic entre 40 et 49 ans ; elle est plus proche encore des tentatives de suicide masculines.

Si nous ne retrouvons pas les intoxications seules par alcool dans le PMSI-MCO, c'est que le personnel n'use pas des codes F10.0 mais des codes X65. Or, parmi les X65, le code utilisé pour l'auto-intoxication éthylique volontaire s'associe à d'autres formes d'intoxications. C'est ainsi que l'on peut comprendre pourquoi, même si 33% des intoxications éthyliques aiguës accueillies aux urgences ont donné lieu à une hospitalisation (soit environ 34.500 transferts), on ne retrouve dans la statistique des tentatives de suicide hospitalisées en MCO que 8% d'auto-intoxications liées à d'autres produits que les médicaments psychotropes, et comprenant à la fois tous les types d'alcool, les produits chimiques et les pesticides. Or, *lorsque le personnel des urgences code l'intoxication éthylique pour elle-même en tant que conduite suicidaire, la courbe des tentatives de suicide se transforme radicalement*. Ainsi, pour les données d'hospitalisation de la Martinique en 2013 (Observatoire National du Suicide, 2016), le taux de tentatives de suicide standardisé chez les hommes s'avère supérieur à celui des femmes (16,8 contre 7,1 pour 10.000 habitants). Ce sont les auto-intoxications par éthanol qui expliquent cette différence.

Il est vrai qu'un tel résultat parait être le fruit d'une erreur de codage :

> *« Les données sur l'hospitalisation pour TS chez les hommes semblent particulièrement surévaluées car la majorité de ces séjours relève probablement d'hospitalisations pour intoxication éthylique sans intention suicidaire. »* (Observatoire National du Suicide, 2016: 392)

On ne saurait associer toutes les alcoolisations éthyliques aiguës à une tentative de suicide. Toutefois, comme on a cherché à le montrer, la présence de conduites suicidaires dans le contexte des abus de substances, et notamment de l'alcool, parait à repenser. À ce titre, le « paradoxe de genre », qui sert souvent de lecture pour interpréter les conduites suicidaires, pourrait bien devoir être relativisé. Les conduites d'alcoolisations massives, violentes et solitaires qui ne sont pas enregistrées par les services en tant que tentatives de suicide pourraient en effet exprimer une modalité de la suicidalité encore peu connue chez les hommes, mal appréhendée par les services et, surtout, mise sous silence par la statistique des conduites suicidaires.

*

Ainsi, la démarche ethnographique nous a amené à interroger les formes de désignation des conduites suicidaires et les modalités d'intervention auprès des suicidants, mettant par ailleurs en relief l'idée que certaines alcoolisations pourraient bien masquer certaines formes de suicidalité moins aisément identifiables compte tenu de la réalité des urgences. Mais cette démarche permet encore de révéler toute la complexité du soin pour les agents de l'institution hospitalière, ceux-ci étant au cœur d'une tension qu'il leur incombe de maitriser.

2.2.3 Maintenir l'investissement : la charge personnelle des tensions

Nous avons noté une implication inégalement distribuée chez les soignants à l'égard des patients pris en charge par les urgences. Mais, il faut également souligner chez eux un effort constant pour tenter de maintenir leur implication auprès des patients, en dépit de tensions inhérentes aux services. Comment ces tensions sont-elles gérées ? Quelles stratégies sont déployées ici par le personnel ? Et quelles en sont les conséquences pour la prise en charge des patients suicidaires en particulier ?

Le contrôle comme négociation

Toute stratégie de contrôle consiste d'abord en une privation de liberté initiale, permettant une marge de négociation dans la suite du soin. Parler de négociation à l'hôpital revient à parler d'une relation de pouvoir, celui-ci étant conçu comme une relation entre deux ou plusieurs acteurs, chacun mobilisant des ressources pour obliger l'autre à agir selon son propre intérêt. Dans ce domaine, les suicidants font souvent part de réactions tactiques – d'une improvisation – laquelle est caractéristique des populations dominées (Certeau, 1990) : ils n'ont pas d'objectifs clairement définis et ne dispose pas, de ce fait, d'une perception claire des ressources pertinentes et disponibles pour mener à bien leur action. La plupart des suicidants accueillis aux urgences ne connaissent pas, ou peu, le fonctionnement des services. Ils ne peuvent donc le plus souvent adopter les formes de résistance et d'évitement des directives soignantes qui s'acquièrent avec l'expérience, comme dans le cas des adaptations secondaires décrites par Goffman (1968). À l'inverse, les conduites stratégiques sont le fait d'acteurs ayant des ressources et une position leur permettant de disposer des moyens d'atteindre leurs objectifs : c'est ici l'apanage des professionnels.

À ce titre, les soignants mobilisent plusieurs stratégies pour assurer le contrôle de la clientèle. La première observable, que l'on pourrait penser *a priori* hors de propos, consiste dans la gestion des effets personnels des patients. À leur arrivée, ces derniers sont évalués par l'IAO et « positionnés ». Autrement dit, le patient est installé dans la filière adaptée (courte ou longue), et entièrement ou partiellement déshabillé. À l'issue de quoi, ses effets personnels sont placés dans un sac étiqueté. Cette méthode vise d'abord, pour les infirmiers ou les externes qui l'effectuent, à préparer le patient aux examens médicaux. Mais son usage sert également de contrôle, dans l'hypothèse où le patient s'avèrerait agité ou rétif à sa prise en charge :

> Informateur 23*: après le problème c'est qu'on ne peut pas, on ne peut pas surveiller tout le monde et puis... Il y a… C'est sûr qu'il y a des TS qu'on aimerait bien garder... Mais tu ne peux pas... Un gars qui est tout calme, qui ne pose aucun souci, tu ne vas pas l'attacher quoi... Le problème c'est que si le mec veut fumer ou euh... Il va dire 'oh ça vous dérange je vais fumer une cigarette ?' en général on essaie de garder une affaire euh… un portefeuille ou je ne sais pas quoi enfin... Un portefeuille peu de probabilité, mais tu vois garder son sac…*
> Question: *une veste*
> Informateur 23*: une veste un truc comme, mais... Si le mec se barre, c'est difficile de courir derrière. Si on n'a pas le... Personnel, on n'a pas le...* (Médecin urgentiste, homme)

On voit ici que la stratégie de contrôle n'est pas exempte d'implication (*« il y a des TS qu'on aimerait bien garder »*). Un patient alcoolisé et soupçonné de vouloir s'enfuir du service A se verra refuser son manteau pour fumer une cigarette à l'extérieur. Sa demande se verra refuser systématiquement, précisément, parce que les soignants veulent éviter sa fugue et pouvoir continuer à l'examiner.

Ce constat suggère que l'emploi des méthodes de coercition est le plus souvent précédé d'une phase de négociation, y compris lorsque la conduite du patient est jugée « pénible ». Dans le cas précédent, les professionnels proposeront au patient une couverture contre le froid, mais continueront de lui interdire de revêtir son manteau pour aller fumer. Un patient n'ayant pas de tabac, ou rien à manger, pourra se voir proposer une cigarette, un « snack », un petit-déjeuner ou un café en échange du comportement désiré : au départ, il n'y a donc pas nécessairement de privation de liberté, mais plutôt le repérage de certains leviers pour amorcer une négociation. Ainsi, dans le service A, un aide-soignant prend en charge une patiente ayant effectué une IMV qui s'est échappée plusieurs fois de son box et qui se plaint d'avoir faim. Il lui proposera de payer de sa poche un snack au distributeur automatique en échange de sa coopération aux « derniers » examens : la négociation est orale et se passe sur le mode du *contrat*.

Ainsi, la limitation des libertés permet aux professionnels de libérer une marge de négociation, dans le cadre d'un contrôle de type contractuel. *Cette contractualisation est valorisée par les professionnels, non pas seulement d'un point de vue moral, mais parce qu'elle s'avère le plus souvent fonctionnelle*. Ainsi, au service A, une patiente ayant effectué une IMV est allongée sur son lit et ne répond pas aux sollicitations du médecin qui lui demande de se relever pour effectuer les examens et répondre à ses questions : elle dort à demi, et répond par des râles. L'équipe la soupçonne de faire semblant de dormir : la patiente est « chronique » et connue pour être « difficile », c'est-à-dire pour faire prévaloir ses propres exigences sur celles

du travail des soignants. La patiente, toujours à demi éveillée, demande à fumer une cigarette. Le soignant lui dit que c'est possible. Elle se relève en position assise, prête à sortir fumer sa cigarette dans sa robe d'hôpital, tandis que le soignant s'enquiert de lui expliquer qu'elle devra d'abord être examinée et répondre aux questions.

Pour les professionnels, une bonne stratégie est celle qui permet la mise en place d'une contrainte initiale optimale qui autorise une marge de manœuvre ultérieure pour une négociation réussie. Mais, lorsque la négociation initiale ne fonctionne pas, la contrainte augmente dans la perspective d'aboutir à un accord ultérieur. Au service A, un patient pris en charge pour alcoolisation à l'UHCD déambule régulièrement dans les couloirs et se lève de sa chambre la nuit. Il fait l'objet de multiples injonctions normatives pour retourner se coucher. L'usage de méthodes peu contraignantes (sermonner le patient et lui répéter plusieurs fois l'injonction) fonctionne, mais nécessite une surveillance continue du patient qui répète sa conduite de façon fréquente. Le temps-contrôle devenant trop important aux yeux de l'équipe de nuit, et le risque de fugue ou de chute devenant plus grand à mesure que la conduite se répète, le patient sera finalement attaché à son lit. Ici, la valorisation initiale d'une contrainte de type contractuelle se comprend par une justification tant fonctionnelle que morale (*« ça ne fait jamais plaisir de faire une contention »*), tandis que la contrainte finalement imposée se justifie par l'impossibilité pour le personnel de surveiller constamment le patient. Les risques induits par son comportement étant jugés trop grands, la coercition se substitue ici à l'exercice de la négociation.

Les stratégies de contrôle du public traduisent ainsi un fonctionnement *normal* et *nécessaire* du service : elles représentent des outils permettant de maintenir un certain ordre dans l'activité, indispensable à la bonne réalisation du soin. Le temps-contrôle, comme le temps-soin ou le temps-relationnel, nécessite donc un investissement auprès de chaque « cas », quand bien même cette dépense n'est pas la plus recherchée. Ainsi, la négociation constitue une dimension centrale du travail des urgences, mais elle comporte de nombreuses difficultés, si bien qu'elle peut, dans certains cas, être désinvestie par le personnel. Deux cas de figure sont possibles ici. L'abandon de la négociation peut faire place, *1) à l'emploi de la contrainte, ou 2), au désinvestissement vis-à-vis du soin,* comme dans les cas où les soignants se préoccupent peu du patient, au risque qu'il ne puisse bénéficier des soins nécessaires. *Ces deux modalités peuvent se comprendre comme un même processus de rupture de la négociation* : l'accord minimum sur la nécessité de la prise en charge et sur la participation active et volontaire du

patient est invalidé. L'objectif de l'interaction (prendre en charge l'individu) et les rôles de chacun (contrôler et pratiquer le soin d'un côté/être contrôlé et bénéficier du soin de l'autre) ne font l'objet d'aucun consensus.

Les stratégies de contraintes sont donc des outils au service de modes d'investissement et de désinvestissement, et non des formes de désinvestissement en elles-mêmes : elles ne sont compréhensibles qu'en considérant le déroulé de la prise en charge, tel qu'il est anticipé par les professionnels. Ainsi, au service B, une patiente ayant effectué une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire a été prise en charge le soir après 21h, c'est-à-dire sans la présence de l'équipe d'infirmiers psychiatriques. La patiente étant très réfractaire à l'hospitalisation, l'équipe de nuit décide une contention. Le lendemain matin, l'équipe de psychiatrie prend connaissance de la présence de cette patiente. Elle reste réticente à l'hospitalisation, se plaint de la contention et de la violence engendrée par son immobilisation. Elle a fait l'objet, semble-t-il, d'une contrainte non négociée. Le personnel psychiatrique soupçonne en effet l'équipe de nuit d'avoir effectué une contention violente sans rechercher l'approbation du patient. L'équipe de psychiatrie entend ici maintenir le principe de la négociation en tentant de convaincre la patiente d'accepter les raisons de sa contention. Les soignants procèdent donc au retrait progressif de ses attaches : le geste a pour objectif d'introduire un élément de négociation susceptible d'offrir un échange contractuel avec la patiente. Puis, la proposition d'un petit déjeuner, d'un verre d'eau, d'un mouchoir, d'une cigarette, etc., permet à l'équipe de psychiatrie de passer finalement d'un contexte de contrainte totale à celui d'une contrainte négociée. La présence de contusions sur le corps de la patiente et la nécessité de couper les attaches confirment l'équipe d'infirmiers psychiatriques dans l'idée qu'une contention violente a été réalisée par l'équipe de nuit. Les urgentistes ont-ils pour autant manifesté ici un désinvestissement total à l'égard du soin à prodiguer à cette patiente ? Il faut plutôt y voir un désinvestissement relatif des urgentistes, la contention marquant ici la volonté de maintenir la prise en charge, quand bien même ses modalités d'accomplissement dénotent fortement une gestion complexe du cas.

Nous suggérons ainsi que ce travail autour du contrôle représente bien une forme d'investissement spécifique auprès du patient. Toutefois, il est rendu complexe dans la mesure où cette dimension est loin d'être valorisée par le personnel, et dans la mesure, encore, où sa mise en œuvre est difficile. D'où, parfois, une délégation de cette tâche aux services spécialisés, lorsque le temps des urgences générales oblige à considérer d'autres priorités.

Maintenir la sollicitude tout en évitant la plainte

De même que cette exigence de contrôle est assumée par les professionnels et constitue un des outils disponibles pour leur investissement, bien que moins valorisé, l'évitement des plaintes des patients et la distance vis-à-vis de certains cas, qu'on a notés dans les analyses précédentes, n'est ni systématique ni complet. Voyons plus précisément ce qu'il en est.

Les professionnels peuvent tendre, comme on l'a vu, à limiter l'expression de la plainte. Ils pourraient, d'ailleurs, se voir reprocher par leurs collègues une trop grande attention portée à celle-ci. Par exemple, au cours d'un des entretiens exploratoires, une jeune infirmière explique l'investissement de sa collègue auprès d'une suicidante : une heure de discussion. Son collègue, aide-soignant, pointera la conduite de la soignante en la jugeant contre-productive : elle fait perdre une heure à l'équipe et va obliger la patiente à répéter plusieurs fois les mêmes choses. On retrouve ici le caractère illégitime d'une trop grande attention portée au suicidant, qui s'opère ici par la pression des confrères. Ceci rejoint les extraits précédents où les interviewés expliquaient restreindre le temps de l'échange et se focaliser sur les éléments nécessaires à la prise en charge *somatique* du patient, qui constitue l'objectif central du travail.

L'échange ne parait pas être, ici, une priorité concernant les suicidants. Une des justifications de cette posture, dont on a déjà parlé, réside dans la volonté de ne pas interférer avec la prise en charge psychiatrique. Une autre raison, souvent avancée, est de considérer que le soignant n'a pas à obliger le patient à répondre à des questions intrusives. Le sentiment de ne pas être compétent en ce domaine, de ne pas savoir comment s'y prendre, et de laisser aux personnes compétentes cette tâche, vient conforter l'idée d'un primat à accorder à la psychiatrie dans la prise en charge des conduites suicidaires. Mais il est également possible de voir, dans cette attitude, le signe qu'il ne s'agit pas là d'une part légitime du travail. Cette part, les urgentistes préfèrent la déléguer plus totalement à la psychiatrie. Un interviewé exprime clairement, en la matière, que les formations concernant ce type de problématiques ne sont pas recherchées par les professionnels. Si ce positionnement n'est pas généralisable, il indique que la tentative de suicide, bien qu'elle ne soit pas nécessairement stigmatisée de *prime abord*, décrit une catégorie dont l'abord n'est pas prioritaire pour les urgentistes :

> Question: *et du toi tu fais un entretien avec eux quand tu les vois, ou tu fais un examen ?*
> Informateur 13*: moi je l'examine euh... Nous, ici on est organisé sur le... Nous on voit le somatique donc euh... Médico pur et dur. S'il y a une détresse vitale, s'il y a une détresse d'organe s'il y a* (inaudible) *à*

mettre en place, on n'est pas assez formé pour le reste. Et honnêtement, moi personnellement ça ne m'intéresse pas. C'est-à-dire très clairement, ça ne m'intéresse pas. On me proposerait de me former, je dirai 'non', parce que je n'ai pas que ça à faire. J'ai plein d'autres choses sur lesquelles j'aimerais être formé par contre. Sur lesquelles je pense (inaudible) *et euh… Je laisse faire volontiers le psychiatre. Il est spécialisé. Moi je m'assure qu'il n'y ait pas de détresse vitale et pas de détresse d'organe. Pas de risque euh... D'un point de vue organique et après, je suis bien content que les psychiatres arrivent.* (Médecin interne, homme)

Un autre médecin, au cours d'une observation, explicite non moins clairement sa position :

Carnet A.

Je croise (médecin) dans le couloir. Il m'indique que la patiente IMV est partie aux urgences psychiatriques. Je lui demande s'il discute avec les patients psy et les TS lorsqu'il les prend en charge. Il répond qu'effectivement il discute avec, mais ne creuse jamais les problèmes qu'ils peuvent rencontrer, considérant qu'il s'agit là du travail des psychiatres. Il demande seulement les raisons qui ont amené au geste pour évaluer l'intentionnalité, savoir s'il s'agit d'un acte déterminé ou non, s'il y a un risque de récidive important ou de fugue, ou si c'est seulement un appel à l'aide où la personne a pris 2 cachets, auquel cas s'il y a fugue « tant pis ».

Si l'évitement de la plainte n'est pas une règle, et si l'interrogatoire parait central et nécessaire pour évaluer le cas (vérifier l'intentionnalité, le risque de fugue, etc.), l'écoute est toujours limitée et l'évitement est toujours proche. Celui-ci *peut être justifié* en vertu des principes de l'organisation du travail et de la priorité conférée au traitement somatique. Cependant, si les professionnels semblent bien réduire l'expression des plaintes, ils peuvent également faire la preuve d'une certaine sollicitude au cours de l'interaction. Celle-ci rendra alors au professionnel l'opportunité d'investir le traitement du cas sans trop qu'il lui en coûte. C'est ce que montre cet extrait de consultation relatif à la prise en charge d'une phlébotomie par un externe :

Carnet A.

J'apprends au SAS qu'une personne arrive pour une TS par phlébotomie. L'infirmière d'accueil me le confirme. Elle m'appelle au moment où le patient va être pris en charge. Il a été amené, il y a peu, par les pompiers et arrive donc sur un brancard au milieu d'une pièce. Il est placé avec d'autres patients en attente (assez peu). L'infirmière d'accueil l'a orienté en filière courte dans la mesure où la blessure est peu profonde et que le sang a coagulé. L'externe (jeune homme) s'approche du patient et se présente. Il demande si ma présence est un problème et le patient accepte que je reste. Celui-ci se montre très alerte,

rien ne suggère une expression de tristesse de sa part, de prime abord. Il a la trentaine, n'est pas connu du service et suit pleinement les directives de soin sans exigence personnelle (c'est le « bon » patient). Il répond à toutes les questions (où il habite, son âge, etc.). Nous arrivons en salle d'examen, l'externe lui a expliqué qu'il s'agirait d'un examen pour voir ce qu'il en est de sa blessure et pour la nettoyer. Il prépare les appareils pour mesurer les constantes (ce qui d'habitude est fait par l'IAO mais cette fois-ci l'externe était présent et disponible : il s'en charge donc). Une fois ces données recueillies, l'externe demande au patient de raconter ce qui l'amène ici. Il fait part d'une problématique relative à des difficultés interpersonnelles et à une fatigue psychique (ce n'est pas le type d'information qui intéresse l'externe, qui s'attache plutôt aux détails de l'accident : désajustements des attentes entre les protagonistes). L'externe demande de préciser : le patient explique une difficulté sentimentale. L'homme s'est coupé de façon superficielle au poignet et il semblerait que sa tentative n'aurait eu aucune chance d'être mortelle, mais elle aurait pu lui laisser des séquelles. L'externe recentre le problème sur l'examen somatique, ce qui lui permet de couper court au discours du patient, jusqu'ici centré sur son problème sentimental. L'externe explique que ce sont là des lésions superficielles. Il demande au patient avec quel outil il a procédé (c'était le sens premier de sa question). L'externe répète que « ça n'est rien », sans ton moralisateur. Le patient réagit un peu, disant que « pourtant, je n'y suis pas allé de main morte ». L'externe ne relève pas, concentré sur le nettoyage de la plaie. Il répète que ce n'est pas grave et qu'il n'y aura pas besoin de suture. Il explique au patient pourquoi, en décrivant la forme et la taille de la blessure. Il se focalise sur son travail de soin et sur l'explication du problème somatique, tout en minimisant le geste suicidaire du patient (il ne semble pas du tout se rendre compte, ou ignore volontairement les petites réactions défensives du patient) : « j'y suis allé comme il faut pourtant »… À quoi, le soignant répond : « Vous n'avez pas besoin de sutures ». Le patient continue à raconter ses problèmes relationnels tandis que l'externe acquiesce rapidement. Les questions de l'externe visent à approfondir le recueil des antécédents médicaux du patient. Il fait un « check-up » poumon-cœur. Il nettoie la plaie longuement. Entre temps, quelqu'un vient le voir pour un autre patient. Au bout d'un moment de silence, l'externe ajoute : « vous ne vous êtes pas raté », et semble plus ouvert au dialogue, alors que le patient montre des signes de douleurs lors qu'il lui nettoie la plaie. Celui-ci répond que « ça n'était pas le but ». Quand je demanderai plus tard à l'externe la raison de sa dernière intervention, il me répondra ne pas s'en souvenir (il savait déjà qu'il allait s'occuper d'un autre patient ; peut-être plus intéressant ?).

Durant cette auscultation, le patient montre des signes d'impatience, en disant qu'il ne voudrait pas rater son bus. Il espère que ça ne sera pas trop long, tout en restant compliant au soin. L'externe, lui, dit seulement qu'il faudra qu'il attende encore un peu la venue « des psychologues » pour ce type de geste, qui n'est pas anodin, et n'a pas annoncé l'idée (très probable) que le patient ratera son bus. Le patient sera placé en attente assise le temps que les psychiatres arrivent. Je m'occupe à d'autres choses en attendant puis je repasse devant la salle d'attente et ne vois plus le patient : je me dis qu'il est sorti fumer, mais je ne le trouve pas. Je croise un médecin sénior qui m'interpelle pour me dire qu'un patient a été pris en charge pour TS et que cela pourrait m'intéresser. Je lui explique être au courant, mais le patient

n'est plus en attente. Le sénior me dit que le patient n'est pas, en tout cas, avec les urgences psy : il est parti sans demander son reste.

On observe là une stratégie intéressante de désinvestissement *relatif* dans le cours de l'interaction. Elle reflète une focalisation du travail sur le corps, qui permet au médecin d'accomplir son rôle de soignant, tout en évitant une plainte pour laquelle les professionnels disent souvent se sentir mal armés, et qui ne correspond pas à la priorité de leur exercice. L'échange est tronqué et tend à limiter le récit que le suicidant entend donner de lui-même et de son geste. Ce qu'il y a d'intéressant dans cette stratégie, c'est qu'elle permet un certain évitement tout en maintenant une certaine forme de sollicitude chez le médecin. La remarque de l'externe concernant l'automatisme de sa démarche (je ne m'en souviens pas) indique bien qu'il ne s'agit pas d'une stratégie délibérée : sa disponibilité est simplement plus réduite.

De la même manière, plusieurs soignants expliqueront que leur attitude envers les conduites suicidaires s'exerce davantage sur *le mode du retrait relatif* (« vous pouvez me parler et je vous écouterai, mais si vous ne voulez pas parler je vous laisse tranquille »). L'échange étant davantage laissé à l'initiative des patients, ces postures marquent une *ouverture* de la part des soignants, qui reste toutefois limitée :

Carnet A.

Je demande à l'IAO comment se passe la prise en charge d'une TS. Elle explique ne pas trop parler, sauf si la personne parle d'elle-même. Elle justifie cela par le fait qu'elle sait qu'il y a encore externe, interne, médecin et psychiatres qui poseront les mêmes questions. Ça arrive, bien sûr, de parler avec un patient, même longtemps (« quinze minutes, non j'exagère, dix minutes), mais c'est quand la personne parle d'elle-même.

Il s'agit donc de contenir la plainte dans les limites des compétences dont se réclame le personnel. Ce positionnement est régulièrement justifié comme étant de l'ordre d'une prévention contre le risque que leur intrusion dans la vie du patient pourrait faire encourir à celui-ci :

Informateur 7*: je n'aime pas trop voilà, essayer de savoir pourquoi* [pourquoi la personne a fait une tentative de suicide], *c'est quelque chose d'assez intime, je pense, et je n'ai pas envie de, d'être intrusive, je pense que juste après... C'est une période où tu es encore le plus vulnérable en fait et... et que quand on pose trop de questions, je pense que ça peut leur faire un peu revivre toutes les raisons pour lesquelles ils ont fait ça ... Et ce n'est pas ce que j'ai envie de faire en fait.* (Externe, femme)

Mais, si la justification de l'interviewée concerne une inquiétude de la part des soignants envers le patient, il y a là également une forme d'auto-préservation. En effet, l'implication dans l'échange suscite un risque pour le professionnel dans la mesure où celui-ci a le sentiment de n'avoir aucune prise et de n'être ni compétent ni performant concernant cette plainte :

> Informateur 23*: Après quand on prend en charge, enfin quand moi je prends en charge d'un point de vue médical une IMV parce que c'est un peu le centre de ton boulot, je ne vais pas forcément approfondir le pourquoi ils ont fait ça parce que je n'ai pas envie de faire répéter quinze fois et que... je ne vais pas forcément interpréter les choses de façon optimale… Si, s'ils m'en parlent, je pose, je pose un peu la question ça dépend des fois, ça dépend aussi du temps que j'ai hein ! Si tu as le temps, tu peux aussi discuter un peu avec les gens... mais après c'est... Ce n'est pas moi qui vais me dire… Je vais pouvoir me dire "putain! les pauvres!"* (rire) (Médecin, homme)

Encore une fois, ce retrait conduit à justifier la délégation de ce type de problèmes aux psychiatres, considérés plus aptes à accueillir le discours de ces patients, et à minimiser l'échange avec le patient :

> Informateur 23 *:* […] *est-ce que c'est pathologique est-ce que ce n'est pas pathologique, est-ce qu'il y a un risque de passage à l'acte... tu vois moi je ne me sens pas... apte à juger ça. Donc après, toutes les informations qu'ils me donnent je vais les dire aux psychiatres... tout ce que j'ai appris... mais après euh… si, si les gens ne me parlent pas, je ne vais pas trop, si tu veux, je ne vais pas trop les embêter, je vais leur dire « vous avez le droit de ne pas me parler, de toute façon les psychiatres vont venir vous voir vous verrez avec eux. »* (Médecin, homme)

Le manque de temps, la volonté de ne pas brusquer la personne et la délégation aux psychiatres condensent ainsi les justifications les plus régulières de la posture de retrait des urgentistes. L'une des fonctions de cette posture, indirecte et néanmoins importante, réside dans le fait qu'elle permet aux personnels des urgences générales de se dégager de la charge émotionnelle que la prise en charge de ces patients peut faire naître chez eux. Pour le dire autrement, la distance prise ici à l'égard de ces patients peut se comprendre comme une mesure de défense vis-à-vis du risque de « contamination émotionnelle » que leur prise en charge peut susciter, et qu'on a pu mesurer indirectement dans l'individualisation et la responsabilisation constitutives de certaines formes de désinvestissement. Ici, comme on va le voir, la dimension affective du travail est centrale.

L'investissement affectif

Strauss et Timmermans ont montré l'importance que revêt l'affectivité dans le travail à l'hôpital (Strauss *et al.*, 1982b, 1982a; Timmermans, 1994). Ils ont souligné notamment l'ensemble des tâches opérées par les soignants pour réguler l'affectivité des patients et la leur, en vue que l'activité de soin puisse se réaliser. Pouchelle (2010) note que, dans le bloc opératoire, un déni important des affects, masquant souvent la violence des relations entre confrères, organise les échanges, dans un univers qui reste souvent dominé par un *éthos* masculin. Marcel Drulhe (2000) rappelle également la centralité du travail affectif et les tensions qu'il soulève dans l'activité soignante. *Il rappelle notamment l'étude menée par O'Brien en Angleterre et aux Pays de Galles, qui montre comment « le travail émotionnel, en tant que* modus operandi *de la promotion de la santé, s'attache et sert agressivement à la diffusion de l'idéologie individualiste qui procède au blâme de la victime et qui est caractéristique de la rhétorique du choix personnel et de l'autodétermination »* (Drulhe, 2000).

Deux aspects de cette affectivité nous intéressent, au-delà du fait que cette dimension trahisse, comme on l'a montré précédemment, l'importance d'une forme d'individualisation et de responsabilité au cœur du rapport social à l'hôpital. D'une part, le rapport au patient exige un contrôle de l'affectivité de la part des soignants, qui passe notamment par la mise à distance vis-à-vis du malade. Mais, celle-ci ne peut se résumer à un évitement total ni à une indifférence complète : nous venons d'en parler, montrant à la fois les attitudes de rejets ou d'évitement, mais également le maintien d'un certain investissement. D'autre part, la bonne réalisation du travail selon les critères de valorisation des soignants suscite une tension chez le personnel lorsque ces exigences sont, sinon intenables, du moins difficiles à mettre en œuvre. Et, là encore, il importe que ces tensions soient canalisées. Ces impératifs sont à l'origine d'une part importante de la vulnérabilité des professions médicales face au suicide lui-même, dans la mesure où ces exigences sont l'occasion pour les professionnels de démontrer une compétence et une valeur proprement personnelle dans l'activité.

*

Comme on l'a suggéré, l'investissement dans le travail ne parait pas être totalement abandonné, même dans les cas qui pourraient s'y prêter plus facilement. Il donne un sens à la pratique et à l'activité quotidienne. Les professionnels ont la charge de traiter correctement les patients sur le plan somatique, de contrôler leur conduite, et ce, quel que soit l'intérêt porté au

cas et aux tâches à réaliser. C'est en ce sens que nous décrivons des réactions contradictoires et généralement modérées : mise à distance marquée mais continuité de l'investissement dans le contrôle, évitement de la plainte et écoute limitée du patient mais sollicitude, etc.

Les professionnels peuvent, à ce titre, faire preuve d'un engagement important auprès des patients, même lorsque ceux-ci sont condamnés à mourir :

> **Carnet A.**
> *J'en viens à lui demander à quoi sert l'écran placé derrière elle avec ces chiffres et variations. Elle me répond qu'il s'agit des patients. Petit silence. Ils sont « scopés » dans leur chambre. Il y a tel ou tel patient qui a des relevés de tensions par exemple, et elle peut les activer de nuit sans même avoir besoin de rentrer dans la chambre. « Là-bas (montrant une ligne pour une patiente), il n'y a que la 'sat' (saturation en oxygène). Je n'aurais même pas dû mettre ça, parce que c'est une vieille dame qui va mourir ». Je ne saisis pas vraiment et j'ai un truc à vérifier qui me fait aller au SAS. Je reviens quelques minutes plus tard pour lui demander si c'est le souhait de la patiente d'arrêter l'acharnement et de mourir. Elle me répond que c'était son souhait il y a quelques années, et son fils a renouvelé ce souhait. Je lui demande pourquoi elle garde la 'sat', si c'est inutile. Elle me répond que c'est pour savoir quand la personne va commencer à mourir, afin qu'elle puisse aller la voir et ne pas la laisser mourir seule.*

Cependant, et dans le même temps, la distanciation affective parait constituer un principe nécessaire du rôle de soignant. Un infirmier explique, lors d'une observation, qu'il considère qu'en cas d'arrêt cardiaque, il considère son patient comme étant mort: les gestes qu'il effectue pour faire repartir le cœur ne représentent pour lui qu'une chance supplémentaire de vivre. Il affirme, par-là, la limite de son rôle et de son investissement vis-à-vis du patient, c'est-à-dire la distance prise vis-à-vis des cas dont il a la charge et la responsabilité.

Le travail nécessite ainsi, à la fois un certain investissement, sans quoi l'appropriation par le professionnel de son rôle de soignant demeure partielle, et à la fois une distance particulière qu'il faut maitriser. Or, investissement et distanciation dépendent d'une part d'affectivité qu'il s'agit de maitriser. Être « misanthrope », être « saoulé », être « énervé », ne pas être « intéressé », mettre des « barrières », être « touché », ne pas « s'attacher », etc., autant de qualificatifs d'une implication, réelle ou distante, marquée par l'émotion. Ainsi, un professionnel exprime bien la difficulté à gérer la distanciation, notamment lorsque le soin amène le soignant face à une situation qu'il vit lui-même ou pourrait être amené à vivre :

> Informateur 21*:* (rire) *la gestion de l'affect en équipe ce n'est pas quelque chose qui est très répandu chez nous. Le temps a changé parce qu'on essaie vraiment de travailler là-dessus. Notamment de travailler sur le rôle de l'équipe et du groupe... Mais euh... En général… On essaie de paraitre fort, et comme ça l'équipe est forte et... On n'en parle plus... Mais du coup ça coupe euh... Ça coupe la conversation, ça coupe tout... Et si tu as de la chance, tu peux rentrer chez toi et en reparler à quelqu'un. Mais sinon il y a des gens qui n'en parlent à personne... des soignants... Je me souviens d'un aide-soignant qui était chez nous, qui est parti à l'école d'infirmier on l'a retrouvé euh… Il est venu consulter pour une IMV. Ce n'était pas pour ça hein, mais… Du coup, je n'ai jamais perçu qu'il pouvait être fragile ou quoi que ce soit, parce que, du coup, on ne montre pas nos fragilités... Tu vois, moi, je le gère à la maison... euh... Quant au SMUR on fait un enfant... Ben je rentre, je fais un bisou à mon fils* (rire) (Infirmier, homme)

On comprend bien, dans cet extrait, la difficulté à gérer l'affectivité, notamment lorsque le cas à traiter se rapporte à celui d'un enfant, qui représente plus souvent un espace privilégié d'investissements. Les professionnels devant statuer sur des décisions qui touchent à la limitation des soins et à la fin de vie, n'appliquent pas simplement une procédure, mais projettent leur propre conception de la souffrance et engagent, à ce titre, une part de leur propre réflexivité. C'est particulièrement le cas lorsqu'un enjeu vital est au cœur de la relation de soin, au risque, parfois, d'enfreindre certaines limites de leur exercice :

> Informateur 23*:* […] *je pense qu'au niveau médical on est un peu comme les réanimateurs, on a une vision un peu biaisée aussi. Nous on aide les gens à mourir beaucoup... Avec des médicaments pour les aider à mourir. Ce n'est pas de l'euthanasie tu vois, mais quelqu'un qui... Quelqu'un tu vois qui manifestement il souffre, que de toute façon il va mourir euh... Au mieux il meurt, enfin… Au pire il meurt dans trois jours et au pire trois jours de souffrance quoi. Enfin, tu vois, je ne laisse pas les gens souffrir. La personne doit mourir, je vais l'aider à mourir enfin…* […] *Une fois je l'ai fait illégalement... Une fois seulement de l'euthanasie pour de vrai. C'était une situation très particulière* […] *Moi ça serait moi, je voudrais qu'on me fasse ça quoi… Je pense que les gens, quand ils peuvent, ils essaient de choisir le moment où ils meurent, mais... Des fois tu ne peux pas quoi.* […] *Elle* [la patiente en question] *était incapable de parler... Enfin... Elle souffrait, et... Tu voyais qu'elle voulait partir... clairement. Ça, ça... Tu te poses des questions quand tu le fais, et après tu te rends compte que... Tu ne peux pas ne pas le faire* (Médecin, homme)

Le cas des fins de vie et des décès parait ainsi mettre en avant de façon saillante cette tension liée à l'implication personnelle et à sa dimension affective. Mais au-delà même de ces situations, la dimension affective ne cesse de parcourir la relation avec le patient, notamment lorsque le travail accompli n'est pas conforme à ce qui est attendu par les professionnels. À cet égard, un médecin décrit bien en quoi un sentiment d'insuffisance peut affecter le personnel

lorsque la mise en œuvre du soin s'avère incomplète, impossible ou insatisfaisante au regard de ce qui est jugé légitime et désirable pour les soignants :

> Question*: c'est quoi pour vous ce qui est le, ce qui vous a le plus… ?*
> Informateur 25*: alors ce qui est le plus difficile c'est, on va dire... L'organisation des filières « patients ». Le fait de ne pas pouvoir apporter quelque chose qu'on estime légitime, utile et nécessaire. Ça, c'est le plus... c'est ce qui est le plus difficile.*
> Question*: ça vous arrive?*
> Informateur 25*: ben tous les jours... Enfin quand je dis tous les jours... Oui! Il y a des patients avec qui on voudrait pouvoir faire plus... On ne peut pas... euh... Parce que ben... Il n'y a pas... Je vais prendre des exemples concrets. Un patient qui veut aller en réanimation il ne peut pas aller en réanimation, donc on limite les soins. Un patient doit avoir… Une personne âgée doit avoir un matelas anti-escarres, va rester 12h euh… Elle va choper des escarres parce qu'elle est sur un brancard pas adapté...Bah oui... On, enfin...*
> Question*: quand vous dites limiter les soins, c'est quoi?*
> Informateur 25*: ben limiter les soins il y a des patients qu'on... Concrètement dans certaines périodes, on choisit de ne pas intuber des patients. Parce qu'on sait qu'ils ne seront pas pris en réanimation. Donc la prise de décision elle est biaisée par l'environnement en fait. Si ça avait été dans un environnement où il n'y avait pas cette contrainte... On n'aurait pas hésité, on aurait pris la décision de faire tel ou tel geste. Donc on est, parfois… Même assez souvent dans certaines périodes… À limiter les soins, à choisir quelque chose qui est… Qui est entre-deux, alors qu'on souhaiterait ou qu'on a la capacité de faire d'autres choses.* (Médecin, homme)

La limitation de l'investissement professionnel est ainsi d'autant plus problématique qu'il ne s'agit pas là d'une implication que l'on peut inégalement répartir selon les patients ou leur pathologie. Elle suppose donc une forme d'autocontrôle assez permanent. Et *cet autocontrôle n'est pas sans répercussions sur les souffrances personnelles des soignants, puisqu'il s'agit d'assumer personnellement des tensions affectives fortes de manière quotidienne, autant en matière d'investissement que de désinvestissement*. En ce sens, les professionnels ont la responsabilité d'assumer, et une inégalité de traitement, et la gestion entre distanciation et investissement, dans l'ensemble des cas pris en charge et malgré l'insatisfaction que cette situation ne manque pas de produire chez eux. Nous suggérons que la force de ces tensions n'est pas sans répercussion sur leur état de santé.

En effet, l'importance du suicide et du *burn-out*, dans les professions médicales, n'est pas sans rappeler que les professionnels assument massivement la responsabilité des tensions qui traversent leur activité. La propension au suicide est très importante chez les médecins.

L'importance de ce risque dans les métiers de la santé et du social est ainsi soulignée dans les analyses statistiques réalisées sur le suicide selon le secteur d'activité entre 1976 et 2002 (Observatoire National du Suicide, 2016). Cintas, Cousineau et Langlois (2016) montrent que le *burn-out* des internes en médecine est extrêmement important, avec 52% de situations problématiques. La typologie des auteurs montre, parmi cette moitié d'internes en situation problématique vis-à-vis du travail, un déficit d'épanouissement et de réalisation de soi dans le travail, qui se traduit par un manque d'intérêt pour le travail effectué, des situations de surcharge d'activité, d'investissement difficile, d'isolement, de souffrance intense, allant parfois jusqu'à un sentiment de culpabilité et une distanciation marquée envers les patients. Estryn-Behar *et al.* (2010) note à ce propos que la spécialité d'urgentiste est fortement affectée par ces problématiques de *burn-out*.

Ces difficultés semblent plus marquées chez les femmes, puisque le suicide féminin est extrêmement important chez les médecins, tandis que le nombre de tentatives de suicide y est relativement faible (Courtet & Cauchard, 2011; Courtet, 2013). La surreprésentation des femmes dans le suicide étant rare, la situation des métiers de santé relève donc d'un cas d'espèce. Si, comme l'explique Courtet et Cauchard (2011), aucune donnée ne permet concrètement d'avancer sur ce sujet, il reste que, chez les femmes la satisfaction du plan de carrière paraît plus limitée, les opportunités étant moins accessibles pour elles dans une profession encore très masculine. La gestion de la vie familiale pourrait également limiter les possibilités de se réaliser :

> « *Plusieurs pistes sont évoquées pour expliquer ce phénomène – d'autant plus inquiétant que la profession connaît depuis plusieurs années une très importante féminisation –, sans qu'aucune soit vraiment démontrée : difficultés à mener une "double carrière" en assumant une "deuxième vie professionnelle" à la maison, harcèlement, difficultés à accéder à des postes à responsabilités.* » (Courtet & Cauchard, 2011 : 31)

Sur ce dernier point, nous pointerons pour notre part le rôle joué ici par l'investissement affectif. Cette compétence est plus souvent pensée comme « naturellement » féminine, d'où sa dévalorisation comme compétence « pseudo-professionnelle ». En effet, dans un secteur voisin, le travail de Molinier (2009) sur les travailleuses du *Care* montre qu'une double contrainte s'observe chez ces femmes. En effet, ce travail émotionnel est une contrainte qui affecte le travail domestique, auprès des enfants et du conjoint, d'où une pression affective double, professionnelle *et* familiale, subie par ces femmes. Le risque de ne pas réussir à séparer les

affects entre travail et foyer, suggère Molinier, engendre plusieurs stratégies, comme celle de l'évitement des patients (dont on a parlé), mais également l'intolérance aux plaintes dans le domaine domestique, auprès du conjoint ou des enfants. La difficulté à mobiliser ces stratégies, sinon leurs effets pervers, pourraient bien renforcer les souffrances que certains soignants expriment.

Dans une enquête récente réalisée dans le Queensland (Australie), Kõlves et De Leo (2013) aboutissent à des conclusions qui permettent d'éclairer les conduites suicidaires du secteur médical. Dans leur étude, les professionnels du soin ne font pas part de taux de suicide significativement plus importants qu'en population générale. Cependant, par rapport à la population des professionnels de l'éducation (*education professionals*) – dont les niveaux d'éducation et de stress professionnel sont équivalents –, les médecins *femmes* présentent des taux significativement plus élevés, alors que chez les hommes médecins l'écart n'est pas significatif. Il y aurait donc bien une pression davantage portée sur celles-ci, tant dans le travail que dans l'espace domestique. Mais l'étude montre également que la profession infirmière est systématiquement plus exposée au risque de suicide que les professionnels de l'éducation, pour les hommes comme pour les femmes. Comme l'a noté Vega, la centralité de la position infirmière dans le règlement des tensions liées à l'activité soumet cette profession à des tensions considérables qui ne sont probablement pas sans rapport avec leurs conduites suicidaires, même si les facteurs de risque au sein de cette profession demanderaient à être identifiés dans le détail (Hawton & Vislisel, 1999). *Resterait également à comprendre comment cette vulnérabilité retentit sur le soin, lorsqu'il est question, pour elles, de prendre en charge un suicidant*.

*

Les tensions que nous avons ici notées ne paraissent donc pas sans effet sur les souffrances professionnelles. Ces tensions puisent leur principe au cœur d'une exigence de réalisation de soi dans le travail, les professionnels tentant de souscrire aux attentes valorisées de leur activité et assumant à plein la charge de leurs contradictions. L'autonomie, la performance et la recherche de l'accomplissement personnel pourraient ainsi expliquer que ces tensions puissent aboutir à un désaveu de soi. Le manque d'élaboration collective et l'isolement dans le travail ne sont probablement pas sans rapport avec ces souffrances et ces conduites suicidaires des professionnels (« *Je me souviens d'un aide-soignant qui était chez nous, qui est parti à l'école d'infirmier on l'a retrouvé euh… Il est venu consulter pour une IMV. Ce n'était pas pour ça hein, mais… Du coup, je n'ai jamais perçu qu'il pouvait être fragile ou quoi que*

ce soit, parce que, du coup, on ne montre pas nos fragilités. »). Si la suicidalité des soignants ne se réduit pas au domaine professionnel, il est bien complexe de séparer cette dimension du domaine privé sur lequel elle exerce des effets notables (« *Tu vois, moi, je le gère à la maison* »). Nous reviendrons de manière plus approfondie sur ces questions dans le prochain chapitre consacré au travail des équipes psychiatriques aux urgences, dont les problématiques sont *comparables*.

Résumé

Nous avons suggéré, dans ce chapitre, que les professionnels sont pris dans une tension entre, d'une part, la nécessité de réaliser un travail de soin efficace et valorisant, où leur implication personnelle est structurante et guidée par les priorités du travail somatique, et, d'autre part, la pression de l'activité, le manque de temps et de moyens, et la rencontre avec un public dont le comportement (et son anticipation) exige parfois qu'il soit tenu à distance. Certaines des attitudes ici relevées à l'égard des suicidants, et plus particulièrement des cas dits-chroniques, révèlent un certain désaveu du travail mené auprès de ces populations. Si les professionnels tentent bien de réaliser une prise en charge optimale de *tous* les cas de tentatives de suicide, les difficultés ici constatées sont susceptibles d'entraver le relai de soin, sinon la prise en charge somatique elle-même. Si l'ethnographie ne permet pas de saisir l'ampleur de ces écueils dans la prise en charge des patients – là n'est pas son mandat principal –, elle permet cependant d'apporter quelques éléments d'explication et de compréhension.

Ces résultats suggèrent que l'individualisation constitue un processus qui traverse la relation de soin. En effet, si l'organisation du travail et les ressources disponibles structurent les difficultés ici rapportées, le sentiment d'un moindre apport des soignants auprès des suicidants dits-chroniques nous instruit sur certains ressorts du *jugement* aujourd'hui susceptible d'être porté sur la personne, et sur les attentes qui le soutiennent. Si l'attitude des professionnels ne responsabilise pas systématiquement et directement ces conduites, et si le soin ne s'en voit pas nécessairement altéré, on aperçoit ici l'importance des attentes contemporaines en matière de démonstration de soi, d'autonomie et de responsabilité : attentes qui sont projetées sur les conduites des patients, mais qui semblent également traverser l'exercice professionnel.

Cette analyse des urgences a également été l'occasion de revenir sur le paradoxe de genre et sur le dénombrement statistique des conduites suicidaires, au regard des éléments tirés de l'ethnographie. En effet, le passage à l'acte suicidaire a cette particularité d'être compris, dans la majorité des cas, comme une volonté de mourir, une forme d'appel ou un geste d'évasion (temporaire ou permanent), autant par ceux qui le réalisent que par ceux qui y sont confrontés. Il a la particularité de sortir des échappatoires plus communes, comme l'ivresse, et il ne s'inscrit pas dans une conduite de consommation régulière et excessive de substances.

Pourtant, *si la tentative de suicide est une réponse à une situation jugée insupportable ou insoutenable, culturellement plus admise pour les femmes que pour les hommes, et plus ambivalente que déterminée, l'intoxication massive d'alcool ou de drogue, mobilisée pour se soustraire à une situation jugée insupportable, ne pourrait-elle pas constituer un modèle culturel des conduites non létales et ambivalentes chez les hommes ?*

Considérant les écueils relevés dans la prise en charge des alcoolisations aux urgences, nous avons d'abord noté que les conduites d'alcoolisation accompagnées de gestes devant normalement faire l'objet d'une consultation psychiatrique (l'intoxication médicamenteuse notamment) sont susceptibles de ne pas être repérées par les urgentistes. En effet, en certains cas, les signes d'une conduite suicidaire n'apparaissant pas clairement, il est probable que certaines conduites ne soient pas perçues comme étant suicidaires et que, dès lors, leur évaluation psychiatrique soit amputée. A fortiori, les alcoolisations « simples » sont susceptibles de ne faire l'objet d'aucune évaluation spécialisée, quand bien même ce type de conduite pourrait masquer un comportement de type para-suicidaire par l'usage même d'alcool. Mais, c'est surtout la question du dénombrement des tentatives de suicide qui nous parait pâtir le plus de ces difficultés. En effet, les modalités d'enregistrement des tentatives de suicide tendent à évacuer entièrement la question des alcoolisations. Ces dernières, dès lors qu'elles ne s'accompagnent pas d'un geste habituellement compris comme étant suicidaire, ne font pas statistiquement partie du phénomène suicidaire. La définition socialement située des conduites suicidaires pourrait favoriser un évincement des problématiques dites-para-suicidaires de la comptabilisation nationale des conduites suicidaires. Il y aurait là matière à discuter plus avant de ce problème, au regard de l'imprécision déjà connue des données relatives aux tentatives de suicide.

En définitive, cette ethnographie du travail réalisée aux urgences somatiques suggère que le monde hospitalier n'est pas sans démontrer certaines exigences de responsabilité et d'autonomie aujourd'hui portées sur les professionnels eux-mêmes. Si l'autonomie constitue une référence du jugement porté sur certaines conduites, le personnel est surtout soumis à cette exigence. L'implication personnelle est une nécessité pour donner du sens à l'activité, et elle dépend notamment des priorités du travail – l'évaluation clinique, le soin, le contrôle et l'administratif – et des aspects valorisés de celui-ci – le sentiment de faire quelque chose, la compétence clinique, la bonne réalisation du soin et le relationnel. C'est parce que les

professionnels valorisent certains principes de leur activité, leur permettant de démontrer eux-mêmes une autonomie et une certaine réalisation de soi dans le travail, que certaines formes de désinvestissements émergent lorsque les situations ne permettent pas, ou moins, cette exigence.

Mais, *loin de s'adonner à un désinvestissement systématique auprès de ces situations, les professionnels démontrent un autocontrôle régulier visant* 1) *à maintenir une certaine implication envers les prises en charge généralement moins valorisées et* 2) *à gérer les difficultés mettant en défaut le rôle valorisé qu'ils souhaitent incarner.* Nous avons suggéré, à cet effet, que les souffrances touchant les professions de soin ne sont pas sans rapport avec cette gestion quotidienne des tensions entre implication personnelle dans le travail et difficile réalisation de l'activité. C'est, à notre sens, cet autocontrôle qui permet que l'activité se perpétue malgré les tensions issues du contexte. Dès lors, ces tensions entrainent des désajustements difficilement maitrisables et fragilisent progressivement les soignants. L'importance du *burn-out* et du suicide dans les professions de soin n'est probablement pas sans rapport avec les tensions ici relevées, même si la suicidalité des professionnels au regard des exigences contemporaines de réalisation de soi mériterait une investigation plus systématique.

2.3 Le travail psychiatrique aux urgences

Il s'agit à présent de s'intéresser plus précisément à la prise en charge psychiatrique des conduites suicidaires. Celle-ci s'est globalement transformée depuis les trente dernières années, avec le développement d'une préoccupation de santé publique, d'une prévention et d'une spécialisation des services de soin en la matière. Depuis les développements de la prévention du suicide au cours des années 1950 – d'abord dans les pays anglo-saxons, puis dans les pays européens (Lustman, 2008) –, s'est affirmée progressivement une conception des conduites suicidaires qui tend à les rapporter à *la conséquence d'une défaillance psychologique*. Le suicide n'est « *plus aliéné à la maladie mentale par sa réduction à une composante constitutive de celle-ci,* [mais pensé] *dans une conception psychodynamique* [qui met] *l'accent sur la notion de crise suicidaire* », selon les termes de la Conférence de Consensus organisée par la Fédération Française de Psychiatrie en 2000 (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé *et al.*, 2000). Cette notion de « crise suicidaire » est « *toujours sous-jacente à une conduite suicidaire et peut être son aboutissement* » (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé *et al.*, 2000 : 3). Dans le rapport de l'HCSP (2016) concernant l'évaluation du Plan National d'action contre le suicide, la définition retenue est explicitement centrée sur la question de la « crise suicidaire », telle qu'elle a été définie par la conférence de consensus de 2000 en France, et sur la souffrance vécue par la personne.

Ici, l'intervention psychiatrique d'urgence est en première ligne, dans la continuité de l'évaluation et du soin somatique. Les urgences accueillent, comme on l'a dit, la grande majorité des cas de tentatives de suicide connus, et l'évaluation psychiatrique constitue une étape réglementaire de la prise en charge. Ces dispositifs consacrés à l'urgence psychiatrique se sont développés à la fin du XX^{ème} siècle, dans un contexte d'augmentation globale des demandes de soin psychiatriques (Cases & Salines, 2004) et de diminution des lits (Safon, 2017). L'organisation de ce type d'intervention n'est pas partout identique à l'échelle nationale. Elle dépend des moyens disponibles, de la structure du réseau local d'institutions sociales et sanitaires, voire judiciaires, au sein d'un territoire donné, dans une dynamique de rapprochement avec le soin somatique (Robin *et al.*, 2001 ; Walter et Genest, 2006). C'est dans ce contexte complexe que nous souhaitons aborder la question de l'autonomie et de sa place dans l'intervention psychiatrique d'urgence, au regard de la prise en charge des conduites suicidaires.

2.3.1 L'autonomie au cœur de la prise en charge

Pour amorcer cette analyse de la prise en charge des conduites suicidaires aux urgences psychiatriques, nous proposons d'abord d'explorer la notion de « crise suicidaire », afin de comprendre comment celle-ci structure le travail des professionnels. Nous présenterons le type d'intervention observé au sein des deux dispositifs de soin étudiés, et les logiques qui président à ces interventions.

L'évaluation de la crise suicidaire

Le modèle du processus suicidaire établi lors de la conférence de consensus de 2000 en France, organisée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (Anaes, nommée Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2005), par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) et par la Direction Générale de la Santé (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé *et al.*, 2000), conçoit la crise suicidaire comme un processus temporaire et réversible. L'idée est de concevoir le suicide comme le résultat d'une dynamique « *qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.* » (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé *et al.*, 2000).

Cette crise serait toujours sous-jacente à une conduite suicidaire. Le référentiel de psychiatrie 2016 s'aligne sur ce même schéma, considérant qu'une succession d'alternatives échouent, induisant un enfermement psychique du sujet dans une conduite suicidaire (nommée « suicide » sur la figure 11) supposée marquer la fuite (échapper à une impasse insupportable). Ce modèle suggère une continuité entre pensées suicidaires, tentative de suicide et suicide. Autrement dit, il tend à faire dépendre le suicide accompli de l'antériorité de pensées suicidaires et d'un processus dynamique. Le DSM-V a récemment introduit le « trouble de conduite suicidaire » dans sa classification. Les études menées sur les tentatives de suicide rappellent que la tentative de suicide est le premier facteur de risque de suicide (Beck et al., 2011; Courtet, 2010; Hawton et al., 2013).

Le modèle de la crise suicidaire vise ainsi la conceptualisation d'un processus dynamique. Selon Vandevoorde (2013), il constitue une entité à part entière qui se distingue de la psychopathologie et qui permet de repérer une suite de propriétés précédant le passage à

l'acte. Ce modèle fait consensus en France (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé *et al.*, 2000). Il est à l'origine d'actions spécifiques dans les milieux institutionnels fermés et il fait généralement référence dans les programmes de prévention du suicide en France (Programme National d'action contre le Suicide 2011-2014). Il y est question de l'envahissement du psychisme par des idées suicidaires et d'une scénarisation qui précède le passage à l'acte : ce dernier a généralement pour fonction d'apaiser la tension du sujet. Cette crise dure entre 6 à 8 semaines et procède par des stades caractéristiques.

Figure 10 : Évolution de la crise suicidaire

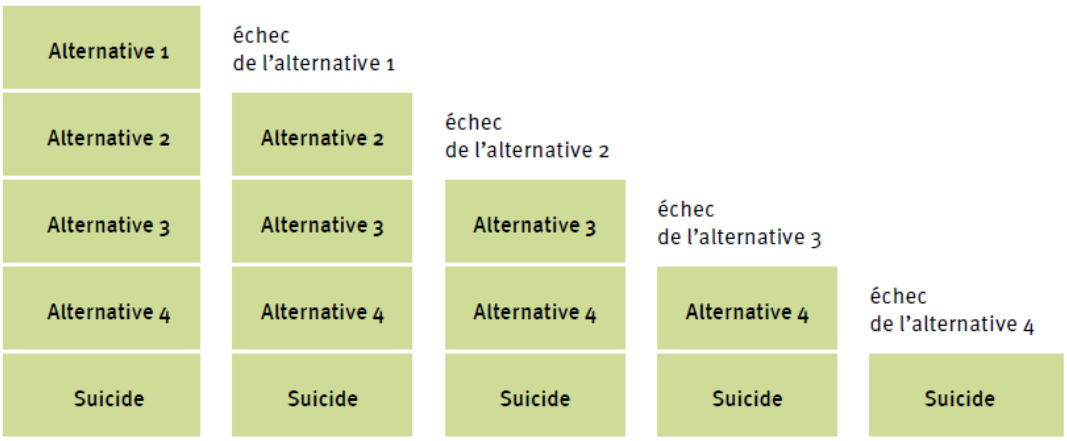


Figure 1. Présentation schématique de la crise suicidaire : les idées de suicide se font de plus en plus présentes au fur et à mesure de l'évolution de la crise suicidaire.

Source : Référentiel de psychiatrie, 2016 : 95

Au contraire des études par facteurs de risque, ce modèle séquentiel s'intéresse à la genèse du processus suicidaire. Vandevoorde note que, malgré le consensus autour de ce modèle, l'existence d'une véritable entité clinique pré-suicidaire nécessite encore que des précisions soient apportées aux éléments sémiologiques qui la composent :

> « *A notre connaissance, les études empiriques sur le sujet restent peu nombreuses et les apports fondamentaux des cliniciens de terrains souffrent d'une absence de validation systématique. On évoque ici le* [passage à l'acte suicidaire] *sans nuance, tel un bloc global de symptômes pouvant regrouper toutes les singularités. Cliniquement, la fréquentation régulière de la population suicidante nous apprend qu'il existe différentes combinaisons psychopathologiques qui peuvent aboutir au passage à l'acte.* […] *Mais l'absence de classification, de reconnaissance et de validation empirique ne sont pas les seules faiblesses de cette approche car qu'en est-il des suicidants qui affirment justement ne pas avoir eu de prodromes suicidaires.* » (Vandevoorde, 2013 : 47)

Sur ce dernier point, l'auteur estime que 75% des personnes qui sont passées à l'acte ont fait part auparavant de scénarios suicidaires. Il constate notamment que la phase de préparation du passage à l'acte est majoritairement précédée d'une « mise en état » qui renforce la conviction d'en finir du sujet ou simplement la capacité de réaliser le geste : soit une alcoolisation par exemple, qu'on retrouve dans nombre des tentatives de suicide prises en charge aux urgences. Nous maintenons ici l'idée que la majorité des conduites suicidaires sont plus souvent le fait d'une improvisation que le résultat d'une stratégie rationnelle. Vandevoorde indique lui-même les limites de ce modèle, une part irréductible d'individus ne présentant ni scénario, ni idéation suicidaire :

> « *Est-ce que tous les suicidants ont vécu une crise suicidaire avant leur passage à l'acte suicidaire ? Il semblerait que non et nous devons encore redoubler d'efforts pour comprendre ces tentatives de suicide imprévisibles.* » (Vandevoorde, 2013 : 47)

Quoi qu'il en soit, ce modèle constitue une référence aujourd'hui pour le repérage et la compréhension des conduites suicidaires. Il s'associe à différents outils de repérage (celui de Terra et Seguin, l'échelle de Beck, la méthode ECES de Shea (Stephan *et al.*, 2011)) qui, au-delà des limites de la seule psychopathologie, permettent d'évaluer et prévenir la « *crise suicidaire* » :

> « *Malgré de nombreux préjugés et la crainte que suscite le suicide, il apparaît maintenant possible de le prévenir. Identifier la crise suicidaire et en évaluer la dangerosité rendent possible l'action thérapeutique et permettent d'éviter le passage à l'acte suicidaire* » (Terra, 2003 : 20).

Si un tiers des personnes suicidantes prises en charge aux urgences seront orientées en psychiatrie (Mouquet & Bellamy, 2006), comment cette sélection, qui préside à l'orientation des tentatives de suicide, s'opère-t-elle ? Et quelles logiques la sous-tendent ?

*

Au service *A*, l'évaluation des patients est effectuée à l'aide d'une méthode : le R.U.D. (Risque, Urgence, Dangerosité). Cette méthode vise à repérer la présence de facteurs de risque : les facteurs primaires (troubles psychiatriques, antécédents de tentatives de suicide de la personne ou dans la famille, impulsivité), secondaires (événements de vie négatifs sur le plan familial ou professionnel) et tertiaires (sexe, âge, certaines périodes[34]). Les facteurs primaires sont considérés comme ayant une valeur d'alerte principale ; les autres acquièrent une valeur lorsqu'ils sont associés aux premiers. La biographie de l'individu doit être mise en rapport avec ces facteurs : les carences affectives précoces, les viols, les violences subies, etc., constituent des facteurs de vulnérabilité. Les facteurs dits-précipitants, encore, c'est-à-dire les circonstances qui précèdent le passage à l'acte, doivent être considérés afin de mieux anticiper les motifs directs du geste et mieux cibler l'intervention thérapeutique. Enfin, les facteurs de protection permettent d'intégrer le contexte de vie du patient, ses ressources et les soutiens qui peuvent agir sur les éléments négatifs repérés précédemment : l'existence d'un entourage impliqué et aidant, d'une vie sociale dite « diversifiée » ou une capacité de « 'résilience » de la personne, c'est-à-dire une aptitude à faire face à l'adversité.

Avec l'évaluation du risque, s'adjoint l'évaluation de l'urgence. L'urgence faible concerne les individus qui expriment le besoin d'être aidés, dont le scénario suicidaire n'est pas établi, et qui envisagent différents moyens et stratégies pour « faire face à la crise ». L'urgence moyenne concerne des personnes dont le scénario suicidaire est construit, mais qui expriment également le besoin d'être aidées. L'urgence élevée, enfin, concerne des personnes décidées à passer à l'acte, dont le scénario est bien établi et qui ne sollicitent pas qu'on les en dissuade. Les individus de cette catégorie sont décrits comme « *immobilisé*[s] *dans la dépression ou en*

[34] Le document interne indique « période prémenstruelle chez les femmes, période estivale… »

état de grande agitation », et n'envisagent aucune solution alternative au suicide. Si le guide indique que l'hospitalisation des adolescents doit être la règle, et qu'elle est logiquement indiquée lorsque s'accumulent les facteurs de risque, aucun seuil n'est ici établi. D'ailleurs, les objectifs et les modalités de la prise en charge ambulatoire ou hospitalière sont laissés à la discrétion des professionnels : *seule la prise en charge de l'urgence élevée commande la nécessité d'hospitaliser le patient*. Dans la majorité des cas donc (urgence faible ou moyenne), ce sont les professionnels qui doivent évaluer le bénéfice éventuel d'une prise en charge hospitalière en fonction des facteurs de risque et de protection connus.

Si les modalités de prise en charge sont laissées à la discrétion des professionnels, c'est que la variété des configurations et des problématiques est importante, et que la psychopathologie exprimée par le patient n'est pas nécessairement déterminante dans le choix des modalités de prise en charge. Selon Walter et Genest (2006), les prises en charge réalisées par les équipes de psychiatrie aux urgences ne relèvent que dans 30% des cas d'une décompensation psychopathologique importante et structurée, alors que 70% des cas représentent une situation de crise qui *« ne correspond pas exactement (ou pas encore) à un diagnostic psychiatrique répertorié mais à un débordement d'apparence psychiatrique lié à un dysfonctionnement du contexte de vie du patient. »* (Walter & Genest, 2006 : 367). D'autre part, cette incertitude tient à ce que les informations nécessaires à l'orientation ne sont pas nécessairement fiables ou ne permettent pas de trancher. C'est aux professionnels de reconstruire une version cohérente et crédible de la situation. Cette version doit leur permettre d'estimer la fiabilité des informations recueillies et de se prononcer sur l'aptitude du patient à ne pas reproduire l'acte qu'il a effectué, qu'il est soupçonné d'avoir effectué ou qu'il exprime vouloir réaliser. Que nous apprend, de *prime abord*, la hiérarchie des facteurs de risque dans ce jugement d'aptitude ?

On constate d'abord que les facteurs primaires sont tous individuels, tandis que les facteurs secondaires et tertiaires, qui n'ont pas d'impact sans les facteurs primaires, sont familiaux ou psychosociaux. Il y a là une hiérarchie implicite des causes : les facteurs attachés à l'individu, sa pathologie, sa personnalité, son fonctionnement cognitif, sont plus déterminants que les causes familiales et psychosociales. En fait, ces dernières n'ont d'effet qu'une fois associées aux premières. *Le suicide semble ainsi d'abord perçu comme la conséquence d'une*

fragilité individuelle, reflétant ici une logique déjà bien identifiée en matière de santé mentale (Le Moigne, 2010).

Si les professionnels se réfèrent indéniablement à ce *schème* d'évaluation, ce dernier leur laisse une marge de manœuvre indéniable. *Hospitaliser un patient ayant commis une tentative de suicide ne se décide pas en fonction d'un protocole arrêté. Le principe du travail psychiatrique réside dans le fait d'amener, d'accompagner l'individu vers un meilleur « fonctionnement », en l'invitant à faire preuve d'une aptitude à faire face à sa situation.* C'est ce dont nous allons discuter à présent.

*

L'évaluation d'un cas ne se limite pas au colloque médical. Au service B, les entretiens sont d'abord menés par des infirmiers qui recueillent le discours du patient et les informations complémentaires à l'étude de son « cas » : par exemple, ils appellent les unités des hospitalisations précédentes ou les professionnels qui suivent actuellement le patient. Ils effectuent également des entretiens avec les membres de la famille pour infirmer ou confirmer le discours du patient, ou le compléter. Ils ont parfois connaissance de la version de la famille avant celle du patient. Ils prennent en considération les informations recueillies par les pompiers ou les urgentistes. Ainsi, la situation du patient n'est jamais considérée uniquement à travers le discours de celui-ci, mais à travers un faisceau d'indices qui en constitue le « cas ». *Construire un cas est donc une entreprise collective* dans laquelle les infirmiers occupent une place importante, au point d'avoir parfois déterminé l'orientation du patient avant son entretien médical avec le psychiatre. En effet, parfois, cet entretien ne sera pas jugé nécessaire, comme au sein du service A où les infirmiers peuvent jouir d'une liberté très importante :

> Question*: si tu le* [l'entretien] *fais tout seul tu vas ensuite euh…*
> Informateur 10*: alors j'en réfère au médecin. Tout à fait... Si tu veux, si c'est un patient que j'adresse ici en hospitalisation je le fais de moi-même, et puis après dans la journée un médecin reverra le patient, c'est médico-légal c'est obligatoire.*
> Question*: ok.*
> Informateur 10*: euh... Si euh, c'est quelqu'un que je fais sortir, pour lequel je pense qu'il n'y a pas besoin d'hospitalisation, j'appelle le médecin. Je lui explique la situation et, soit il me fait confiance et il me dit ok, soit, je ne sais pas, il a besoin de vérifier des choses et il vient.* (Infirmière psychiatrique)

Ce mode de travail nécessite une collaboration importante entre les acteurs qui gravitent autour d'un cas. Il nécessite, pour chacun, la connaissance de sa position et des limites de ses

prérogatives, de la même manière qu'il requiert une capacité d'initiative et d'autonomie satisfaisante chez le professionnel. C'est ainsi qu'au service A, alors que deux IMV sont en attente, l'infirmière expliquera qu'il ne s'agit pas de tentatives de suicide : les informations qu'elle a obtenues des urgentistes ou du dossier informatisé lui permettent d'anticiper une problématique d'addiction qu'elle juge ne pas correspondre à notre étude. Quand les informations sont contradictoires, il est nécessaire d'opérer un tri des informations et d'émettre une hypothèse plausible permettant d'interpréter au mieux l'enjeu de la conduite. Un exemple du service *B* relate ce processus :

Carnet A.

Entretien avec un patient (quarante/cinquante ans). *Le patient est arrivé hier soir aux urgences pour idées suicidaires et tentative de passage à l'acte. L'infirmier lui demande d'expliquer ce qui l'amène aujourd'hui. Le patient explique un malentendu qui l'a amené aux urgences. Assez nerveux dans sa façon de parler, il répètera plusieurs fois que c'est un réel malentendu. Le patient aurait dit qu'il allait se suicider parce que les mots ont dépassé sa pensée. L'infirmier fait remarquer qu'il a tout de même été pris en charge par les pompiers et que, si c'était juste un mot comme ça, cela devait être inquiétant. Le patient reprend à son compte les propos de l'infirmier, et dit l'inquiétude fondée. Il insiste cependant sur le fait que tout va bien dans son quotidien, qu'il s'agisse de son travail, de ses relations sociales ou de sa famille. L'infirmier lui demande pourquoi ses mots ont dépassé sa pensée : un problème conjugal peu précisé. L'infirmier s'intéresse aux signes de baisse de moral, au sommeil, à l'appétit, etc. Le patient explique qu'il n'y a rien qui ne va pas. L'infirmier le provoque un peu en souriant, en disant qu'il est donc arrivé aux urgences, amené par les pompiers, parce que tout va bien. Le patient rigole un peu et réexplique le même scénario : une dispute conjugale. L'infirmier lui explique qu'il faudra voir le psychiatre pour de plus amples renseignements. Le patient demande s'il pourra sortir, et l'infirmier explique que ça sera au psychiatre d'en décider.*

Après l'entretien, je suis l'infirmier pour aller discuter l'épouse du patient. L'infirmier demande ce qu'il s'est passé. L'épouse explique alors une version toute différente. Elle rapporte des menaces de suicide et des gestes très inquiétants. Elle décrit des problèmes conjugaux importants qui sont ancrés depuis longtemps. L'infirmier demande alors des éléments plus cliniques concernant le mari : s'il dort ou non, si son travail est problématique ou non, s'il mange, comment est son moral, s'il a déjà été suivi (questions qu'il avait posées au mari d'abord, qui a répondu non). Le mari aurait déjà plusieurs fois menacé de se suicider, toujours en rapport avec une même problématique. Il subit également beaucoup de pression au travail. La femme refuse l'hospitalisation : c'est un élément important pour l'infirmier, si jamais il y avait nécessité d'hospitalisation.

L'infirmier me dira dans le bureau qu'il s'agit d'une démonstration dont a fait preuve le mari : il se réfère donc à l'histoire de l'épouse. Dans tous les cas, l'histoire a bien changé depuis la première présentation. On attendra les psychiatres pour une réévaluation.

Un deuxième entretien a lieu cette fois-ci en présence de l'interne et de la psychiatre senior (elles sont arrivées entre-temps). L'infirmier est là, lui aussi, ainsi qu'une seconde infirmière qui ne participe pas à cet entretien. L'interne mène d'abord l'entretien. Elle demande au patient d'expliquer pourquoi il est arrivé ici. Le patient réexplique la même histoire qu'au début, et ni l'interne ni la psychiatre, à qui l'infirmier a transmis l'information recueillie auprès de l'épouse, ne demandent davantage de précisions au sujet des éléments contradictoires recueillis. Le patient élude rapidement ce qui a trait aux zones peu connues, minimise fortement l'importance du problème conjugal (pourtant extrêmement compliqué) et assure d'une situation économique et familiale stable. N'ayant pas eu le temps de lire intégralement les dossiers à cause de la quantité de patients à gérer en même temps, l'équipe reste dubitative quant à la cohérence de l'histoire. Ensuite le trinôme va en accueil pour revoir l'épouse. L'infirmier nous laisse la voir tous les trois. Il a déjà entendu le discours et en profite pour s'occuper, avec l'autre infirmière, des autres patients (entretien préalable s'il y a le temps, préparation des dossiers, etc.). L'entretien avec l'épouse commence comme le premier. Elle explique sa situation. La psychiatre appuiera particulièrement la problématique conjugale et expliquera la responsabilité du patient dans l'affaire. La situation n'est pas viable si le patient n'assume pas la situation. Elle explique qu'un suivi psychothérapique serait bon.

S'ensuit encore un troisième entretien avec le patient. Ce dernier ne mentionne toujours pas précisément le problème, et explique qu'il n'a pas fait de geste de type suicidaire. En fin d'entretien, la psychiatre mentionne cependant la problématique du couple et explique qu'il lui faut suivre une psychothérapie. Le patient insistera seulement sur le fait qu'il suivra bien les indications qu'on lui a données et qu'il prendra rendez-vous : il se veut rassurant, et accepte toutes les préconisations. Chaque participant tend à maintenir la définition de la situation initiale, et les discours sont très peu bousculés. L'issue programmée est de toute manière la sortie. La psychiatre suggérera un trouble de la personnalité. Le patient ne sera pas considéré comme ayant réalisé une tentative de suicide parce qu'il n'y a pas de geste accompli, seulement suggéré.

La prise en compte globale de l'environnement est ici décisive pour les professionnels. L'entretien avec la famille peut être, comme on le voit, important. Il constitue un élément majeur de la décision. Un psychiatre du service B explique justement comment, dans certains cas, il tente d'enrôler l'entourage pour décider de la sortie d'un patient :

Carnet B

Un patient est amené pour une tentative de suicide. Il a été amené par les pompiers. L'entretien se fait d'abord avec l'épouse qui l'accompagne. L'entretien s'effectue avec deux infirmières. L'épouse demande à ce qu'on lui pose des questions et ne sait pas par où commencer. L'une des deux infirmières lui pose des questions sur la situation du mari : travail, enfants, etc. L'épouse explique une instance de divorce. Rapidement, on comprend un contexte de violence verbale et parfois physique du mari. L'alcoolisme de ce dernier est décrit comme antérieur à la rupture. Celle-ci entraine une problématique à la fois

économique et affective pour le mari, qui a par ailleurs menacé plusieurs fois de suicide. Aucun signe de dépression apparent. L'épouse se met à pleurer et explique la difficulté à supporter la situation. Elle décrit la tentative de suicide de son mari. Elle dit avoir peur.

Après d'autres patients, c'est au tour du mari d'avoir un entretien. Je n'assiste qu'à une partie de celui-ci. Le patient minimise et dit qu'il a fait une « connerie » mais ne s'épanche pas sur le geste. Le psychiatre, qui cette fois mène l'entretien, explique qu'il lui faut régler son problème conjugal et qu'il faut être suivi. Le patient demande ce qu'il va advenir et le psychiatre explique qu'il lui faut d'abord voir son épouse pour en décider.

Le psychiatre expliquera à l'épouse qu'il y a deux options possibles : soit une hospitalisation sous contrainte avec signature d'un tiers (l'épouse), soit un retour au domicile. Il demande donc à cette dernière si elle se sent capable d'accueillir son mari au domicile et d'aider pour un suivi. L'épouse ne sait pas trop. Le psychiatre explique que ce sont les seules options, c'est à elle de choisir. L'épouse ne sait pas et a l'air bien démunie. Elle explique sa peur d'une future tentative de suicide. Elle n'arrive pas à décider. Le psychiatre explique que c'est à elle de choisir si elle se sent d'accueillir le retour de son mari à domicile ou si elle se sent de signer une contrainte. Finalement, malgré une appréhension visible de la situation, la femme explique qu'elle l'a supporté jusqu'ici et qu'elle peut le reprendre à la maison. Le psychiatre explique que s'il y a à nouveau un problème, qu'elle n'hésite pas à appeler les pompiers en cas de crise.

D'habitude sensible aux problématiques conjugales, je me demande pourquoi ce psychiatre a insisté pour laisser le choix à l'épouse et n'a pas opté pour une hospitalisation alors que le patient critiquait peu son geste, même s'il le reconnaissait. Le psychiatre m'explique qu'il ne pensait pas qu'une hospitalisation était nécessaire. C'est vrai, dit-il, qu'il y a peu de critiques du geste; si le patient avait été seul il l'aurait hospitalisé. Mais le patient a un entourage et il interprète d'ailleurs son geste comme une réaction de type « chantage affectif » (ce que l'épouse racontait par ailleurs). Il considère que l'intentionnalité n'est pas forte. Puis, le patient parle clairement de ses problèmes, développe bien, selon lui. Il considère qu'une hospitalisation en psychiatrie, sous contrainte, pour quelqu'un qui n'a d'ailleurs pas d'antécédents et qui développe bien, serait néfaste. Il ajoute que, pour l'estime de soi, être hospitalisé en psy « ce n'est pas génial ». Il m'explique que les gens ne font pas trop la distinction entre fou et psy, et que ça n'est pas anodin, surtout que l'hospitalisation sous contrainte se fera dans une unité avec des patients « lourds », en secteur. Il ajoute que l'inquiétude de l'épouse concernait ce qu'elle pourrait faire si jamais il y avait un nouveau problème et il a expliqué plusieurs fois qu'il ne faut pas hésiter à appeler les pompiers. Le patient n'a jamais eu de suivi psy et le psychiatre pense donc qu'un suivi psy à l'extérieur serait une meilleure solution. Mais, avant tout, il fallait qu'il sache si la femme était prête à accepter le retour de son mari. Donner le choix à l'épouse, c'était aussi pour elle. Avec une problématique conjugale comme celle décrite, les relations sont très vite envenimées par une hospitalisation sous contrainte et il fallait savoir si elle prendrait cette responsabilité. C'est pour ça qu'il lui a soumis ce choix.

La prise en charge implique donc l'ensemble des membres médicaux et paramédicaux (médecins, infirmiers). Elle s'appuie sur une division préétablie des tâches, mais ne se conçoit pas sans qu'une certaine souplesse soit donnée aux règles. Laissant ainsi à l'initiative des acteurs un terrain d'expression. Cette prise en charge est conditionnée par les informations disponibles : il peut s'agir du dossier médical, mais également du contact avec les proches, le médecin traitant ou les institutions déjà mobilisées autour de la personne, un psychiatre libéral, etc. Cet ensemble complexe place au cœur des objectifs la question de l'autonomie, celle-ci faisant l'objet d'une *négociation* qu'il s'agit maintenant, pour nous, de comprendre.

L'importance de la délégation de la décision

L'évaluation globale d'un cas *implique la valorisation, dans la majorité des cas, d'une délégation relative de la décision au patient.* Les professionnels tendent en effet à *déléguer* au patient la décision de prise en charge : le médecin promeut celui-ci en *sujet autonome* (Dodier, 1993), il écoute sa plainte avec attention, il propose des options et induit des préférences, sans toutefois décider de la marche à suivre. Évidemment, cette délégation n'est pas intégrale. Elle reste limitée lorsqu'il s'agit de populations dites « vulnérables », présentant des troubles mentaux ou un risque substantiel de récidive que les professionnels ont pour responsabilité de prévenir. Mais, cette délégation est valorisée dès lors que la condition du patient le permet. Elle s'exprime à travers les notions « d'adhésion » ou « d'alliance », lesquelles expriment la volonté d'amener le patient à être acteur du soin, partie prenante de sa prise en charge, à faire preuve d'une certaine initiative. Cette adhésion est perçue comme une nécessité, indispensable à la réalisation du travail entrepris par les équipes :

> Informateur 15*: Ça, ça fait partie du... Du patient en psychiatrie... Il faut être prêt aussi hein… Tu ne peux pas... Tu ne peux pas te soigner contre ton gré. Si tu as mal à la jambe, que tu as la jambe qui est cassée en deux, bah souvent tu y vas quand même et puis tu te laisses faire. Et ici c'est un peu différent parce que c'est de l'acceptation, c'est un travail aussi à faire ce n'est pas, ce n'est pas... Voilà, ce n'est pas juste de voir la jambe cassée.* (Infirmier psychiatrique)

> Informateur 24 *: Donc oui et non, maintenant je pense que quand c'est dans ce but-là... C'est important peut-être de dire aux gens qu'ils pouvaient peut-être faire autrement. C'est souvent ce qu'on souligne en entretien. Ce que moi je souligne, c'est « bon si à nouveau il y avait un problème, comment vous pourriez faire autrement que ce que vous avez fait ? ». Parce que c'est ça quand même aussi l'important, c'est de dire « bon, les gens, ils ont fait ça, ils ne voulaient pas mourir d'accord, ils critiquent d'accord. Oui, mais s'ils vont mal la prochaine fois, ils font quoi ». C'est ça « qu'est-ce qu'il faut faire ? ». Et c'est là de leur renvoyer, ce n'est pas à nous de leur dire ce qu'il faut faire! C'est « qu'est-ce que vous vous pouvez faire,*

qu'est-ce que vous pouvez mettre en place de votre côté pour gérer ces… Ces... Ces inconforts émotionnels ».

Question*: tu penses que ce n'est pas à toi de leur dire comment ils peuvent mettre en place ?*

Informateur 24 *: Ah moi j'estime que non. Parce que c'est très "individu-dépendant". Alors, non, non, je leur dis que chacun a des ressources, qu'il faut savoir les trouver et les mobiliser, que ça peut être très différent d'un individu à l'autre. Mais ce n'est pas moi qui vais dire « il faut appeler ci, il faut appeler machin, il faut sortir prendre l'air »... Alors, parfois, il y en a qui sont un peu vides, qui ne disent rien. Je donne des exemples. Je dis par exemple vous savez, il y a des personnes qui appellent des gens, sortent, écoutent de la musique, écrivent. Tu vois, mais je ne leur dis jamais sous forme d'une injonction. Je ne leur dis pas « il faut faire ci ». Je leur dis c'est à vous de trouver des choses qui vous correspondent.*

Question*: Mh, le but c'est que la personne d'elle-même arrive à…*

Informateur 24 *: voilà et, qu'elle soit proactive quoi. Qu'elle dise bon, je vais mal, je peux faire quelque chose. Et pas tout de suite, euh… « qui peut faire quelque chose ? »... C'est « je », « qu'est-ce que moi Je peux faire ».*

Question*: Ça joue en entretien si la personne se présente proactive? J'ai fait ça, mais je vais faire mieux ou je vais faire autre chose*

Informateur 24 *: ah bah oui tout de suite ça nous… enfin moi personnellement ça a un côté très rassurant. C'est rassurant, parce que de toute manière les gens qui sont comme ça, proactifs, qui sont dynamiques, qui sont dans le soin, dans leur soin, bah finalement, c'est des gens que nous on voit peu, pas beaucoup, peu, qu'on ne voit plus. Ça, c'est important de se sentir acteur dans la prise en charge. Et je pense que c'est un peu une part de notre boulot, de ne pas trop nous les infantiliser non plus, en leur disant « nous on n'est pas la solution miracle ». On a toujours, « moi je sais ce qui »… « moi je vous aide à trouver chez vous comment vous en sortir », mais moi je n'ai pas la réponse hein. « Je vous connais je n'ai pas la réponse. Moi je suis là pour vous aider, vous renvoyer des choses, pour que vous, vous trouviez votre réponse ». C'est important que les gens reprennent un peu la main quoi.* (Médecin psychiatre, femme)

L'objectif est ainsi d'établir une relation de confiance afin d'engager l'individu dans son soin et de valoriser une participation *volontaire* et *active* au soin, « proactive » comme dit l'interviewée précédemment citée. La valorisation d'une alliance, et de la confiance qu'elle suppose, s'accompagne d'une exigence morale de singularisation de chaque cas. Autrement dit, il importe aux professionnels d'intégrer la singularité de la personne et de son fonctionnement. Les professionnels favorisent donc « l'adhésion » et la capacité réflexive des patients, et préfèrent déléguer à ceux-ci, autant que faire se peut, la décision. Des procédés visent, à ce titre, à encourager le patient à faire preuve d'autonomie, d'acceptation et de participation. Ce principe du travail soignant semble central, même dans les cas les moins propices à cette délégation. Ainsi, dans les cas de résistance à la prise en charge, l'objectif est d'amener l'individu à accepter l'indication d'hospitalisation lorsque les professionnels la jugent

nécessaire. C'est le cas, en général, lorsque la gravité du geste commis, l'absence d'éléments protecteurs, d'entourage, la sévérité de la pathologie mentale ou les velléités suicidaires, etc., l'exigent. Les professionnels tendent ainsi à valoriser et à favoriser l'hospitalisation libre (décidée par le patient), celle-ci étant toujours privilégiée *dès lors qu'elle est possible*.

À l'exception des cas où l'état du patient exclut *a priori* toute possibilité de négociation, l'adoption d'un modèle contraignant marque l'échec de cette négociation. Sinon, l'objectif est d'amener l'individu à prendre de lui-même la décision d'être hospitalisé librement. Mais, par ailleurs, les professionnels tentent d'amener les individus à accepter l'hospitalisation contrainte, favorisant, dès lors, l'acceptation qui vise en fait au même objectif.

Cette valorisation de l'implication du patient peut amener à des simulacres de négociation. En effet, l'offre présentée au patient ne lui laisse parfois que peu d'alternatives, même si elle est censée être l'occasion pour celui-ci de démontrer son initiative propre. Ainsi, au service A des urgences psychiatriques, où des lits permettent une observation de quelques jours, il arrive aux professionnels de proposer un choix entre une hospitalisation libre et une hospitalisation contrainte. Une décision est offerte, en apparence, au patient : « soit vous choisissez de venir par vous-même, soit vous y serez contraint ». Il s'agit là d'un simulacre de négociation qui masque davantage la volonté d'une acceptation : l'objectif n'est pas différent, il s'agit toujours de valoriser une participation active, même minime. Le même type de proposition est observable au service *B*. Cependant, les marges de manœuvre sont ici moins importantes. En effet, le temps d'observation est plus réduit.

La valorisation de l'adhésion du patient, même dans ces cas-limites, est ainsi généralement justifiée par les professionnels au nom du principe du soin. *Son adhésion vaut mieux que sa réticence, même lorsqu'elle est en réalité le résultat d'une contrainte visant l'acceptation* :

> Informateur 4 *:* […] *Des fois, enfin la nuit, aux urgences avec quelqu'un qui a fait une tentative de suicide et qui n'a pas trop envie d'être hospitalisé, on a, sans pour autant mettre de contrainte véritablement, souvent on a quand même l'aspect médico-légal, de dire « écoutez, on ne peut pas vous laisser dans cet état là, vous n'êtes pas en état de donner un consentement qui vaille quelque chose, vous avez pris des médicaments vous n'êtes vraiment pas bien. Dans tous les cas, on vous hospitalise et on vous prend aux urgences psy, soit avec votre accord, soit sans votre accord ». Et, donc souvent ça fait changer… Enfin, les gens disent ben je n'ai plus le choix, et effectivement ils ont plus le choix. Enfin c'est un choix illusoire,*

ils ont le choix de choisir, décider que pour eux ce soit un acte d'accepter l'hospitalisation ou alors, d'être totalement en position passive, position passive

Question *: de la subir...*

Informateur4 *: de subir l'hospitalisation*

Question *: Si tu leur laisses le choix, c'est parce que tu penses que le fait de choisir, qu'eux puissent choisir, puissent décider, même si ce n'est pas vraiment un choix… Ce n'est pas pareil quand même?*

Informateur 4 *: pour moi c'est, effectivement, quelque chose que je n'estime pas pareil, parce qu'on me l'a aussi appris comme ça, et que d'autant plus, comme l'accès suicidaire c'est finalement des choix qui se restreignent... Et que souvent ce qui est source d'énormément d'angoisse pour les gens, énormément de dépression, beaucoup de troubles en psychiatrie sont liés à... A cette impression ou cet état, d'arriver en disant « je n'ai plus le choix ». Et, alors que le sentiment de liberté, le sentiment d'aller mieux, c'est lié avec, complètement lié au sentiment d'avoir le choix. Reprendre, refaire un choix pour soi-même, c'est redevenir auteur de son histoire, donc après c'est quelque chose de très symbolique, je ne sais pas si les gens le perçoivent, s'ils le vivent comme ça. Il y en a qui ne le vivent clairement pas comme ça, je pense que si on les réinterroge derrière ils diront « non, on m'a contraint, on m'a contraint à y aller, de toute façon je n'avais pas le choix ». Mais c'est symbolique pour moi de, de pouvoir dire quand même, vous aviez le choix de refuser. Vous aviez le choix d'accepter, ou vous aviez le choix d'entrer en résistance quoi. Enfin, c'est peut-être juste pour rendre les soins sous contrainte plus acceptable pour nous en tant que soignant ou... Mais le principe, beaucoup de principes en psychothérapie ça va être de redonner du choix aux gens, de redonner du choix aux personnes. C'est pour ça que c'est une chose à laquelle j'essaie d'être attentive et que je teste beaucoup en fait en entretien, c'est comment ça se passe quand je redonne du choix à la personne. Ça lui permet d'être actrice, ça lui permet de se dire ben, en fait, j'ai des solutions différentes pour m'en sortir. Souvent je communique sur le fait qu'il y a plusieurs manières de pouvoir aborder leur problème... que la manière dont moi je vais l'aborder avec eux va certainement être différente de la manière dont la personne avec qui elle sera en hospitalisation l'abordera, et que pour autant le résultat pourra être semblable. Et ... Et du coup euh... Voilà, la guérison, enfin le processus de rétablissement, le processus de résilience, c'est un processus dans lequel les patients, pour que ça marche, ils doivent en être auteur, ils doivent redevenir l'auteur de leur vie. Il y a des personnes qui seront trop dépendantes pour s'inscrire dans ce type de processus là, pour l'instant. Ça va demander du temps de travail pour les soignants, peut-être que c'est quelque chose qui ne sera jamais atteignable, ça, c'est important de le savoir aussi, nous en tant que soignant... sinon on va juger... les gens d'être comme les "bons patients"* (ironie) *et de réagir tout de suite à ce qu'on va leur proposer, mais.* (Interne en psychiatrie, femme)

Une consultation au service B rend compte du même procédé. L'enjeu du travail psychiatrique se situe, là encore, dans la valorisation d'un choix négocié avec le patient :

Carnet B

[fin de l'entretien avec la psychiatre]. *La patiente a accepté l'hospitalisation avec difficulté, en expliquant qu'elle n'avait pas le choix, elle connaissait la musique puisqu'on lui avait déjà fait une contrainte une première fois. La psychiatre a essayé de lui expliquer qu'il était toujours mieux que la patiente comprenne qu'une hospitalisation libre est préférable, parce qu'elle signifie la participation au soin. La patiente essayait de faire comprendre à la psychiatre que libre ou contrainte, elle n'avait en fait pas le choix et que c'était pour elle la même chose : la psychiatre termine en disant « on est d'accord donc », malgré le conflit visible d'interprétations.*

Pendant que je demande la participation à mon enquête, la patiente est beaucoup plus réveillée et parle correctement, de façon beaucoup moins ralentie ; elle comprend de suite ce que je lui dis. Elle me dira que l'idée d'une hospitalisation n'est pas une bonne idée, ça n'est pas adapté à son cas, selon elle. Elle va se retrouver « chez les fous et les débiles » ; et ce n'est pas la même chose que d'être suicidaire selon elle. Ça n'est pas sa place. L'hospitalisation qui a été décidée pour la patiente, celle-ci présentant de nombreux antécédents suicidaires, est une hospitalisation de secteur dans une unité avec des pathologies plus lourdes (comme disent les soignants), c'est-à-dire des pathologies chroniques, ce que la patiente appelle « les fous et les débiles ».

Ce type de procédé permet aux professionnels d'introduire l'idée qu'une « semi-délégation » de la décision a été offerte au patient. Mais, avant la mise en place d'une hospitalisation libre, l'équipe doit encore s'assurer que le patient admet la perspective du soin avant de l'hospitaliser librement. Ici, la disponibilité de l'offre s'avère cruciale. Le service *A*, où les suicidants peuvent rester plus longtemps, dispose d'une marge de manœuvre supplémentaire : les professionnels peuvent évaluer avec plus de précision, au travers de différents intervenants, si l'hospitalisation libre constitue la meilleure solution, ou si le retour du patient à son domicile est finalement possible. De même, en gardant 48h ou 72h le patient dans les locaux, parfois davantage, l'unité maintient la possibilité d'adresser le patient sous contrainte à une unité fermée de son choix, s'il s'avère que son état nécessite cette mesure. Ce temps maintient donc vivante une gamme diversifiée d'options, même si, en la matière, la contrainte, si elle s'avère nécessaire, se doit d'être la plus rapide possible :

Informateur 9: Ça nous permet ...l'idée c'est quand même de pouvoir hospitaliser les patients qui ne seraient pas hospitalisés ultérieurement. En gros, aux urgences, les patients qui ont manifestement une indication d'hospitalisation qui ne se discute pas, à la limite, doivent aller le plus rapidement possible dans le service dans lequel ils vont être pris en charge. Ça n'est pas la peine de compliquer le processus. Euh... Ici, en théorie en tout cas, on devrait essentiellement se focaliser sur les patients que justement on hospitalise deux jours ici, pour ne pas hospitaliser plus longtemps à l'hôpital psychiatrique. Même si...

Ben en pratique, bien sûr, il nous arrive de prendre des patients en attentes, mais... Normalement, la vocation du service c'est de plutôt justement d'éviter une hospitalisation ultérieure. (Psychiatre, femme)

Au sein du service *B*, seulement trois lits d'appoints sont disponibles, si bien que les patients ne peuvent rester plus de 24h si leur prise en charge somatique est réglée. Cette situation laisse beaucoup moins de marge de manœuvre aux professionnels. La disponibilité des moyens est ici centrale pour saisir les décisions de soin et le temps est, comme aux urgences, une contrainte centrale.

La négociation de la décision

De manière générale, les professionnels du service *A*, qui disposent d'une unité d'accueil spécifique, s'accordent sur l'idée que la règle est à l'hospitalisation des tentatives de suicide, même brièvement. Mais, ici, le rôle du *patient* est central :

Informateur 5 *: alors la plupart du temps, tous ceux qui ont fait une tentative de suicide... on essaie de les hospitaliser un peu en psychiatrie... au moins quelques heures dans notre service. C'est leur protocole, c'est les recommandations nationales, il faudrait que les suicidants soient hospitalisés au moins 24h. Madame* (chef de service) *insiste régulièrement pour qu'on le fasse, mais très souvent ça ne se fait pas. Il y a des gens qui ne veulent pas, qui ne peuvent pas parce qu'ils ont beau avoir voulu mourir hier soir, mais ce matin il faut qu'ils aillent bosser…*

Question*: Mh.*

Informateur 5 *: et puisqu'ils ne sont pas morts, il ne faudrait pas en plus qu'ils se retrouvent au chômage. Et nous on est forcément, des fois, un peu d'accord avec ça. On se dit, effectivement, on file un rendez-vous le lendemain, mais tu vois euh... Et puis quand les gens sont malheureux au point de vouloir se suicider, s'ils ne veulent pas venir à l'hôpital parce que ça leur parait euh... C'est une image de l'hôpital psychiatrique, on se dit on ne va pas en rajouter une couche non plus tu vois, en les forçant donc euh... Tu vois c'est… On fait assez gaffe. Sinon la plupart du temps c'est l'hospitalisation s'ils acceptent. Bon, si on est sûr qu'ils vont recommencer dans les heures qui viennent c'est l'hospitalisation de toute façon quoi qu'ils disent. Et puis sinon c'est une paire de rendez-vous puis après, un suivi en CMP ou ailleurs si ça les intéresse.* (Infirmier psychiatrique)

Ce rôle soulève l'importance du cadrage des comportements. En effet, la négociation exige des professionnels une aptitude, une compétence, à limiter dans le cours de l'interaction la liberté de choix des patients. Il s'agit, par exemple, comme on vient de le voir, de suggérer le caractère péremptoire de la décision professionnelle, tout en favorisant l'adhésion du patient. Au service *A*, par exemple, nous effectuons une observation de nuit avec un infirmier

psychiatrique. Au cours de la nuit, nous assistons à une consultation menée par le binôme avec une femme suicidante, prise en charge pour intoxication médicamenteuse. On observe alors des difficultés de l'interne à mener l'entretien, du fait d'une délégation trop prononcée :

> **Carnet A.** Entretien avec un infirmier psychiatrique.
> *Sur le chemin pour la chambre de la patiente, l'infirmier, l'interne et moi-même croisons un urgentiste au bureau central du SAU. Il fait le point sur la patiente: il s'agit d'une intoxication médicamenteuse volontaire avec « conjugopathie » annoncée précédemment aux urgences psy. L'urgentiste explique pourquoi elle a appelé la « psy » : c'est une intoxication médicamenteuse volontaire, les deux personnes (famille et patiente) rigolent, il y a quelque chose qu'elle trouve « louche » dans leur comportement. Sa collègue, à côté, suggère une « famille pathologique ». L'infirmier psychiatrique demande le numéro de la chambre et s'occupe des papiers : c'est lui qui gère les démarches (papiers et interlocuteurs) pour le moment, tandis que l'interne le suit. Une fois dans la chambre de la patiente (chambre individuelle), on trouve cette dernière allongée sur son lit, réveillée. L'interne nous présente tous les trois et la patiente accepte la consultation sans rien dire et accepte ma présence sans problème. Nous marchons jusqu'au bureau (la patiente est en pantalon avec une chemise d'hôpital entrouverte).*
> *Arrivé au bureau de consultation, je suis invité à m'installer à côté du bureau, en face de la patiente. Le binôme s'installe sur le bureau de façon habituelle (l'interne au centre et l'infirmier à côté). C'est l'infirmier qui débute l'entretien : « qu'est-ce qui vous a amené ici ? C'est les pompiers qui vous ont amenée… ». La patiente commence alors à parler du conflit avec son conjoint et de la rupture qui en a découlé.*
> *L'interne lui demande si elle a déjà vu un psychiatre dans sa vie. L'intervention ne se fait pas dans le cours de la conversation, mais il s'agit d'une question fermée qui rompt avec le discours de la patiente : il note sur un papier les réponses aux questions qu'il pose (si elle a des antécédents et si elle est sous traitement, etc.). Ceci n'est pas intégré au fil de la discussion, mais vient s'ajouter en parallèle. Cela n'amorce pas non plus un pan nouveau de conversation. Il demande ensuite si elle a critiqué son geste. Il ne s'agit pas, encore une fois, de demander ce qu'elle pense de son geste à présent, après avoir abordé le moment où elle l'a exécuté. Il opère ainsi des ruptures marquées dans sa manière de mener l'entretien, et semble visiblement mal-assuré. La patiente répond qu'elle est parfois contente de s'être raté et que parfois non. L'interne explique alors que ce serait mieux qu'elle soit prise en charge pour être hospitalisée, juste à côté : il n'insiste pas sur l'utilité de l'hospitalisation et n'est pas directif. Il aborde le sujet comme étant une possibilité qui l'arrangerait d'un point de vue psychiatrique et non comme une recommandation appuyée. La patiente reprend directement et dit qu'elle ne souhaite pas être hospitalisée et qu'elle veut « juste rentrer » chez elle et être tranquille. L'interne demande alors si la patiente va recommencer. Celle-ci lui répond que, dans tous les cas, elle ne fera pas de TS ce soir, sans cependant assurer qu'elle ne recommencera pas plus tard. L'infirmier reprend l'entretien et demande à la patiente si d'autres choses ne vont pas dans sa vie. La patiente répond que lorsque quelque chose ne va pas, « on » a tendance à tout voir en noir (la réponse est donc « oui », détournée par une expression impersonnelle,*

sans approfondissement). L'infirmier reprend de suite et demande ce qu'elle voit « en noir ». La patiente, qui ne souhaite pas approfondir ses problèmes depuis le début, explique rapidement de manière négative sa situation.

L'interne reprend et adopte encore une fois une attitude de dépersonnalisation peu assurée : « pour nous c'est inquiétant ce que vous avez fait », « dans ce genre de cas, on a plutôt tendance à hospitaliser pour couper un peu… ». La patiente lui demande si elle est obligée. L'interne est gêné par la question et répond que non. Il reprend et décide de proposer, mais de la même façon, un rendez-vous avec un médecin du service « psy » (sans insistance, sans directivité, comme une option préférable dans ce genre de cas). La patiente demande à nouveau si elle est obligée et si c'est bien nécessaire. L'interne toujours mal-assuré, ne rétorque rien. Il commence à dire que, a minima, *« dans ce genre de situation » il y a une procédure de recontact… L'infirmier reprend alors l'entretien rapidement avec plus de vigueur (tant dans la voix que dans la façon de proposer quelque chose), visiblement insatisfait du recul progressif des propositions, du plus sécurisé vers le moins. Il prend directement une carte en main. Il rappelle à la patiente qu'elle a pris une certaine quantité de médicaments et que, si elle va bien physiquement maintenant, ça n'est pas rien pour autant. Il explique que la situation est inquiétante en soi. Sans attendre de réaction et sans faire une hypothétique proposition, il lance « on va prendre rendez-vous avec un médecin pour une consultation pour lundi, vous verrez les choses autrement. ». La patiente ne se laisse pas diriger si facilement pour autant, d'autant qu'elle a été assurée une minute auparavant qu'il ne s'agit pas d'une obligation. Elle répète sa question concernant l'utilité d'un rendez-vous, après tout, « si c'est pour répéter les mêmes choses plusieurs fois… ». L'infirmier rétorque : « à qui ? À votre entourage ? ». L'infirmier explique alors que ce qu'elle a fait est inquiétant, et que ce n'est pas rien : il en appelle à l'importance et à la gravité de la situation. Il décroche le téléphone et commence à faire le numéro. Il s'assure auprès de la patiente qu'elle est disponible le lendemain, et qu'elle peut être ramenée par sa famille le soir même en bénéficiant d'un entourage aidant. Une fois le rendez-vous pris, l'infirmier explique les numéros indiqués sur la carte qu'il lui remettra et où il a noté le rendez-vous.*

En remontant l'escalier, l'infirmier me demandera si j'ai des questions et je lui explique mon point de vue sur ce qu'il s'est passé avec l'interne. Il m'explique qu'effectivement il a un manque d'assurance qui ne lui permet pas d'annoncer et d'amorcer l'entretien ainsi que les propositions de la manière qui convient. Il lui a fallu reprendre l'entretien vers la fin. Il m'expliquera que, de toute manière, le rendez-vous était la bonne solution, la TS était, selon lui, très impulsive.

La négociation en cas d'incertitude dépend donc des objectifs des soignants (liés à l'évaluation de la crise), de leur capacité à suggérer l'orientation qu'ils pensent adaptée, de l'indépendance et de la réflexivité exprimée par les patients et des possibilités de prise en charge. La valorisation de l'autonomie du patient guide le déroulé de l'entretien en même temps qu'elle ne peut pas en être le seul principe directeur : elle ne doit pas rendre caduque l'action des professionnels. S'ils ne peuvent pas contraindre un patient à accepter

l'hospitalisation lorsque celui-ci ne la souhaite pas, ils doivent cependant convaincre ce dernier de valider auprès d'eux, *a minima*, une autre forme de prise en charge. Il s'agit d'amener le patient à s'engager dans une négociation, *sans quoi l'autonomie de celui-ci n'irait plus qu'au bénéfice d'une indépendance trop prononcée* :

> **Carnet A**
>
> Entretien avec une infirmière psy aux urgences générales
>
> *La première patiente est allongée sur son lit dans un box. L'infirmière se présente et demande à la patiente si elle souhaite un entretien concernant sa tentative de suicide. La patiente accepte. J'arrive dans le bureau et je m'installe à côté de l'infirmière, en face de la patiente. L'infirmière demande ce qui amène la patiente ici. Celle-ci explique avoir pris une vingtaine de comprimés d'un traitement psychotrope (son traitement régulier). Elle ne se souvient plus si c'était dans l'intention de mourir. L'envie lui serait venue rapidement, d'un seul coup, sans prévenir. Elle explique ses problèmes personnels. Je vais chercher un verre d'eau pour la patiente pendant que l'infirmière aborde les tentatives de suicide antérieures de la jeune femme (IMV sans critique du geste, et une problématique de consommation d'alcool régulière). La patiente ne veut pas aller aux urgences psychiatriques. L'infirmière indique alors qu'il lui faut l'accord du psychiatre pour la laisser partir, mais la patiente dit qu'elle ne viendra pas, qu'elle a mal vécu la première hospitalisation. L'infirmière appelle l'assistant, et explique au téléphone la problématique de la patiente et l'absence de suivi. En raccrochant, la patiente se dit stressée. L'assistant arrive une minute plus tard. Il est très calme et reprend point par point les éléments qui ont été mentionnés au téléphone. L'assistant lui explique que ce qui l'intéresse, c'est ce qu'elle pense elle. Il ajoute que ce n'est pas son travail de juger. Il n'est pas non plus là pour une hospitalisation. Il lui propose un rendez-vous de suivi et le recontact. Il se place ostensiblement dans une position d'écoute attentive et compréhensive. Il ne coupe pas, reprend seulement les faits une fois que la personne a terminé de parler.*
>
> *Même si la patiente est en rupture de suivi et connait plusieurs TS antérieures, le motif et l'argumentation autour de la TS ainsi que l'entourage présent amènent l'assistant à privilégier « l'alliance », compte tenu du refus de la patiente.*

C'est encore ce qu'on observe dans une autre consultation. La présentation réflexive de la patiente entraine une prise en charge ambulatoire en CMP. Les professionnels considèrent ici qu'un accord solide sur la suite de la prise est possible, et que l'hospitalisation n'est pas nécessaire, d'autant plus que la patiente ne la souhaite pas :

> **Carnet A.**
>
> *Nous sommes aux urgences générales, dans le bureau de consultation « psy ». La patiente, d'une cinquantaine d'années, a été prise en charge pour intoxication médicamenteuse volontaire. L'infirmière se place à côté de la patiente tandis que l'interne se place toujours au même endroit (en face de la*

patiente, au centre du bureau). La patiente exprime une volonté de mourir. Des conflits familiaux sont en jeu. Elle présente tout de suite une vision critique de son geste. Elle raconte qu'il ne s'agit pas d'un coup de tête, mais qu'à présent elle souhaite se reprendre en main. Elle a des antécédents de TS mais explique une situation tout à fait différente et développe clairement les enjeux de sa situation : elle fait preuve de réflexivité. Elle considère son geste comme un appel au secours, même si elle dit avoir voulu mourir au moment de la prise. Elle se dit consciente de devoir faire face à la honte et la culpabilité lors de son retour à domicile. Elle se projette dans un suivi psychiatrique en CMP, qu'elle décrit par ailleurs comme positif lors de son dernier passage à l'acte. Elle insiste sur sa conviction d'aller de l'avant. Durant l'entretien, ce n'est pas l'interne qui oriente ses réponses. La patiente souligne systématiquement les éléments positifs. Elle démontre une capacité critique par rapport à son geste, dit voir les choses autrement maintenant, et exprime la volonté d'être moteur dans sa prise en charge. Elle se présente alors directement dans une autonomie réflexive et dans l'acceptation d'une mesure de suivi. Elle ne nécessitera aucune hospitalisation.

Au service *A*, les professionnels ont accès à une gamme importante d'options, comme on l'a dit. Outre l'hospitalisation ambulatoire en Centre Médico Psychologique (CMP), ils disposent d'une consultation au sein du service lui-même qui leur permet, par exemple, de pallier les délais parfois importants de la prise en charge ambulatoire, et de réévaluer la situation du patient. Les soignants ont également mis sur pied un dispositif de prévention de la récidive suicidaire et un dispositif de post-urgence permettant d'assurer des consultations à domicile pour les cas plus complexes, où l'incertitude qui pèse sur le suivi est importante. *Cette variété d'options permet de valoriser l'autonomie du patient, notamment devant son refus d'être hospitalisé :*

Question: *pourquoi tu prends la décision, pour certaines personnes qui ont des velléités suicidaires, de les laisser repartir chez elles ?*

Informateur 6 *: c'est beaucoup en fonction du fait euh... Enfin, en fonction déjà de la nature des velléités suicidaires. C'est-à-dire des idées suicidaires soit actives scénarisées où là ça va craindre tu vas pas le laisser repartir, ou des idées plutôt passives comme « je pense que si je pouvais ne pas me réveiller ça serait bien »… Des choses comme ça… Et en fonction de l'entourage, c'est-à-dire que si c'est quelqu'un qui est très entouré, qui a sa famille, qui est bien au courant de la situation, qui est compréhensif qui fait super attention, là tu vas pouvoir te permettre de dire « écoutez, là, la situation m'inquiète, mais je vous propose par exemple de vous re-convoquer pour demain ou après-demain aux urgences psy pour une consultation ». Si tu as un entourage qui est bien étayant, voilà, qui est bien soutenant, tu vas pouvoir le faire. Alors que, effectivement, si tu as quelqu'un qui n'a pas forcément des idées suicidaires actives mais dont tu sais qu'il va se retrouver tout seul à la maison, qu'il va cogiter, tu ne vas pas forcément le laisser repartir*…[…] [Si le patient] *peut se reprendre en main ou peut... comment dire... ou peut ne pas repasser à l'acte avec une prise en charge un peu plus légère. Donc là ça ne sera pas forcément du coup une*

hospit' à l'hôpital. Ça pourra être un ou deux jours aux urgences psy, puis, ensuite, un retour à la maison, mais avec des re-consultations rapides aux urgences psy, ça donne aussi une échéance au patient. Quand tu dis « là, je vous laisse revenir à la maison parce que je sens que de rester ça ne semble pas possible pour vous, vous avez plein de choses à faire, vous avez l'impression que vous n'allez pas en voir le bout si vous ne les faites pas… Ou alors que vous avez des problèmes familiaux, etc., que vous avez absolument besoin de résoudre… Par contre je vous propose une consultation rapide par exemple au bout d'un jour, de deux jours », ça peut donner une échéance au patient. Ou ils sont vraiment très mal, c'est compliqué, là je vois le psychiatre demain ou dans quelques heures, ça peut aider les gens à tenir ça aussi. C'est un outil dont on se sert pas mal aux urgences psy la re-consultation. (Interne en psychiatrie, homme)

À défaut, les limites du dispositif de prise en charge peuvent contraindre les services à décider d'un accueil plus coercitif, ou simplement d'une hospitalisation libre. Le service A dispose, comme on l'a dit, de lits permettant de proposer une hospitalisation libre de courte durée. Les modalités de prises en charge ne sont pas transformées et ne relèvent pas d'un principe qualitativement différent du service B. Cependant, les moyens disponibles réduisent nécessairement deux formes d'écueils : d'une part, l'hospitalisation de patients qui auraient pu faire l'objet d'une prise en charge ambulatoire et, d'autre part, le renvoi à l'extérieur de patients qui auraient pu bénéficier d'une surveillance plus longue.

La disponibilité des ressources et la variété des modes d'orientation permettent de desserrer la tension inhérente à l'impératif d'autonomisation qui entoure la prise en charge des suicidants. *Quand cette offre est diversifiée, le personnel possède lui-même davantage de marge de manœuvre*, de sorte que les soignants gagnent eux-mêmes en autonomie, à l'instar des infirmiers qui peuvent ainsi gérer seuls certaines situations. *La disponibilité des ressources permet également la singularisation des problématiques des patients*, et favorise ainsi davantage la valorisation de leur autonomie et de leur participation à la prise en charge.

.

2.3.2 L'autonomie et ses difficultés de mise en œuvre

À présent que nous avons évoqué les éléments centraux de l'enjeu du travail psychiatrique, il convient d'aborder plus en détail les difficultés que ces exigences font peser sur l'activité des soignants.

Le temps de la décision

Les procédés de délégation que nous venons de décrire dépendent tout à la fois des capacités des services et des réactions des patients. Le principe de la prise en charge exige, comme on l'a dit, d'organiser le temps autour de la demande du patient, afin d'en évaluer les enjeux et de proposer une modalité adaptée d'intervention. Ce temps sert notamment à la démonstration, par le patient, d'une certaine réflexivité vis-à-vis de sa situation. La contrainte d'organisation pèse donc de tout son poids sur la bonne réalisation des exigences soignantes. Rhodes (1991) a montré que la question des lits et de leur disponibilité est centrale dans le travail psychiatrique d'urgence. Sur notre terrain, on aura constaté ce problème de gestion des lits, particulièrement lorsque la capacité des unités est saturée et que les unités d'aval sont également surchargées. Dans l'extrait suivant, un infirmier exprime bien cette contrainte relative aux places disponibles, et la pression généralement ressentie par le personnel, malgré les recommandations officielles en matière de prise en charge des tentatives de suicide :

> Informateur 11 *: non alors, l'idée c'est que... C'est le mot d'ordre ici, c'est que toute tentative de suicide devrait être hospitalisée. Et, en fait, quand tu assistes aux relèves, ce qui se passe c'est que les internes justifient le fait qu'ils ont hospitalisé les gens qui font une tentative de suicide. Il ne faut pas voir le problème comme ça, il faut le voir à l'inverse : c'est-à-dire « pourquoi je n'ai pas hospitalisé ce monsieur, et pas le contraire! » Si tu pars du principe que toute tentative de suicide doit être hospitalisée…*
> Question*: tu n'as pas besoin de la justifier.*
> Informateur 11 *: tu n'as pas besoin de la justifier, par contre, tu dois justifier pourquoi tu ne l'as pas hospitalisé : parce qu'il avait un étayage familial très important, professionnel, etc., parce qu'il connait bien le le le… Le CMP et qu'il a promis qu'il allait s'y rendre, parce que euh...*
> Question*: il a déjà un lien avec le CMP*
> Informateur 11 *: Voilà, parce que c'était un passage à l'acte impulsif et que, vraiment, aussitôt qu'il les a pris, il les a vomis, mais voilà il a eu peur et tout de suite il a demandé une consultation, voilà. Ça, c'est des arguments qui font qu'on n'a pas hospitalisé le patient… Mais... Dans la tête des gens, il faut justifier pourquoi qu'on a hospitalisé. Non, c'est faux, c'est pourquoi on n'a pas hospitalisé. Donc, tu vois, c'est*

un cheminement de pensée qui est complètement différent. […] *je pense qu'ils leur semblent qu'ils ont une pression... Même si elle n'existe pas je...*

Question*: une pression à justifier le fait d'hospitaliser quelqu'un?*

Informateur 11 *: Voilà, de dire j'ai hospitalisé*

Question*: j'ai pris un lit parce que…*

Informateur 11 *: voilà, je vous apporte du travail. Écoutez, on est encore dans ça hein ... Voilà. Je vous apporte du travail quoi.* (Infirmier psychiatrique)

Un médecin psychiatre explique plus directement cette pression la concernant :

Informateur 24 *:* […] *Mais… Tu vois, ce qu'il y a c'est que notre raisonnement de soin est parasité par ça. Par des contraintes de lits, des contraintes de principes de précaution, je trouve que ça parasite notre façon de soigner les gens. Moi oui, moi ça me perturbe.*

Question*: oui. Du coup tu... Tu réagis comment en fonction du contexte?*

Informateur 24 *: bah j'essaie quand même de mettre, quand même, le patient au centre du problème et pas l'institution, les problèmes de lits, et machin... Mais... Mais c'est difficile de ne pas en tenir compte quoi. Mais on sent une pression. Comme par rapport aux lits là! Tu vois, les lits on n'en a pas, en intra il y a des médecins qui nous disent « ah celui-là il n'y avait peut-être pas besoin de l'hospitaliser »… du coup ça… Des fois, ça devient une angoisse : « oh mon dieu, s'il faut l'hospitaliser comment je vais réussir à convaincre mes collègues ? Est-ce qu'il va y avoir des lits! ». Le problème, ça devient ça! Au lieu de me dire « comment je vais pouvoir aider ce patient », non, non! C'est « où est-ce que je vais le mettre, il n'y a pas de lits, je vais me faire engueuler par mes collègues ». Et ça, personnellement, ça me perturbe beaucoup. Ça me gêne dans mon travail.* (Médecin psychiatre, femme)

Comme pour les urgentistes, la décision est affectée par la disponibilité des ressources. Mais, ici, s'ajoute l'importance de l'autonomie des patients et de leur sécurisation, soit une tension *spécifique au travail psychiatrique*. L'interviewée décrit bien, dans sa première phrase, que le raisonnement est « *parasité* » par « *la contrainte de lit* » – soit la pression d'organisation et de moyens. Mais, d'autre part, elle mentionne le « *principe de précaution* », soit l'importance de la sécurisation du patient, susceptible d'entrer en contradiction avec un jugement fait sur l'importance de l'autonomisation. La contrainte du temps et des moyens prend donc ici une résonnance particulière. En effet, si la catégorisation des patients aux urgences générale conditionne l'attention réservée à l'expression de la plainte, le travail psychiatrique ne peut, pour sa part, faire l'économie de cette attention. Le temps permet au psychiatre d'observer et d'aménager la décision. Il permet de cerner le discours et l'environnement de la personne, et de travailler sur la réflexivité de l'individu.

Il ne s'agit pas nécessairement, d'ailleurs, de prendre beaucoup de temps avec le patient, mais de *prendre du temps autour du patient*, comme l'expliquait la dernière interviewée qui décrivait l'évaluation durant la prise en charge. Un entretien d'évaluation doit être relativement court, dans la mesure où ce moment ne se prête pas à un travail thérapeutique et à un approfondissement biographique : c'est ici le temps de l'évaluation et de l'orientation. Mais, le temps autour du patient (attendre avant l'entretien, garder le patient en observation, évaluer ses réactions au contexte de soin, notamment aux règles du service, aux visites, etc.) est crucial pour tenter d'établir ou de rectifier l'évaluation et l'orientation. Le même médecin psychiatre en parle ainsi :

> Informateur 24 *:* […] *Alors, là, souvent c'est quelque chose, nous, on fait attention, quand il y a des gens* [des suicidants], *on a l'impression c'est un peu comme ça réactionnel, et que ça peut être à destination du conjoint, de la famille, des enfants, des parents, on s'inquiète de savoir s'il y a eu de la visite, si les gens vont avoir de la visite, qui va venir, qui ne va pas venir, est-ce que les gens attendent, est-ce qu'ils ont appelé. Voilà. Et puis comment le patient vit les choses. « Tiens, personne ne veut venir, qu'est-ce que vous en pensez? Personne ne vient? »*
>
> Question*: Mh… justement, si personne ne vient ça change votre idée de la prise en charge ou...?*
>
> Informateur 24 *: bah encore une fois, ça dépend des cas. Si c'est quelqu'un, en effet, imaginons, quelqu'un de très isolé, qui, avec une ou deux personnes ressources, que ces personnes-là ne viennent pas, qu'il se retrouve tout seul ici. Bah on fait attention. On va dire, on va le garder plus longtemps, on va revoir, on va peut-être mettre un traitement pour l'apaiser... Tu vois par contre quelqu'un où tout d'un coup tu as quinze personnes qui viennent par jour le visiter, qu'il est très entouré, très soutenu, et qu'on a l'impression que c'est quelque chose qui fait du bien. Ben là on s'inquiète moins.*
>
> Question*: Mh… Donc en fait ça devient problématique, je suppose, pour juger si la personne va toujours mal alors que les gens sont mobilisés...*
>
> Informateur 24 *: Oui voilà, alors ça aussi c'est un critère d'inquiétude, si tout le monde se mobilise aussi, et que la personne est toujours très mal et parait vraiment, authentiquement mal. Là c'est un critère d'inquiétude oui, aussi. Dans l'autre sens, ça marche aussi* […] *Si finalement de faire ce geste, d'être ici 24h, que ça mobilise l'entourage, bah ça permet que les choses soient dites, des choses qui ne s'étaient pas dites jusqu'à présent et que les patients arrivent à dire un peu des choses quoi. Les soignants aussi, surtout les infirmiers, ils discutent. Ça permet de dire des choses, ça permet peut-être aussi de valider un moment un mal-être, qui n'était pas entendu ou qui ne pouvait pas être dit jusque-là.* (Médecin psychiatre, femme)

*

Dans l'entretien lui-même, la difficulté peut tenir dans l'organisation temporelle de l'interaction et dans la solidité des compétences professionnelles. Nous en avons vu un exemple précédemment lors d'une consultation avec un interne. Nous pouvons observer, dans l'extrait qui suit, une manière détournée d'obtenir les informations souhaitées au cours de l'entretien :

> **Carnet A**.
> *La patiente, une dame entre 60 et 70 ans, ne veut pas parler. L'infirmière psy commence l'entretien par une question sur ce qui s'est passé la veille : « qu'est-ce qui vous amène ici ? Est-ce que vous pouvez me raconter ce qui s'est passé hier ? » La patiente ne veut pas revenir dessus et se met à pleurer. Elle commence à parler de problèmes conjugaux. L'infirmière rappelle à la patiente que ça n'est pas la première fois que la patiente est aux urgences. Elle a déjà été prise en charge dans des situations similaires. La patiente reste réticente et ne parle pas. Malgré toutes les relances de l'infirmière, la patiente ne parle pas. L'infirmière change alors de stratégie et engage une discussion moins focalisée sur le moment du passage à l'acte et sur ce qui s'est passé la veille. Elle parle des enfants, du travail, de la famille, du déroulement quotidien des journées. La patiente commence alors à s'exprimer et l'infirmière glane, au fil du discours, des éléments concernant le sommeil de la patiente, son alimentation, son moral, sa tristesse, le type d'idée qu'elle a en ce moment (noires), son humeur, etc. Dans le même temps qu'elle recouvre différentes sphères de la vie de la patiente, et se rapproche du moment de la veille et de la raison qui l'a poussé cette fois-ci à passer à l'acte. Elle adopte une attitude pleine de sollicitude et de compréhension (je suis là pour vous écouter, ça doit être difficile, comment vous l'avez ressenti, etc.). Elle limite aussi clairement le champ de discussion, c'est-à-dire que les développements sur les aspects de la vie de la patiente ne sont pas approfondis. À partir du moment où elle obtient les informations qu'elle considérait utiles pour son évaluation, elle réoriente ses interrogations. Elle encourage dans le même temps la parole et la cadre par une certaine sollicitude. Elle offre des mouchoirs. Enfin, après ce détour, elle engage l'entretien sur le point que la personne ne souhaitait pas aborder de prime abord. La personne finit par en parler et l'infirmière dispose maintenant d'un panel d'informations larges et personnalisées.*

Au cours de l'entretien, les catégories ordinaires sont utilisées : les questions glanées concernent la vie courante (quel âge ont les enfants ? Ils vivent chez vous ? Etc.) visent à cerner quel type de responsabilité, quel genre de vie est vécu, quelle position est occupée, quels rôles sont investis ou non, et *in fine* quels facteurs protecteurs seront susceptibles d'être mobilisés au cours de la prise en charge. *L'entretien peut ainsi se comprendre comme une singularisation du patient, permettant de détailler les problématiques de vie des suicidants, et, ce faisant, de décider de l'orientation adéquat*. Le détour par des éléments biographiques permet également d'obtenir, au fil d'un échange qui se veut moins protocolaire, des informations essentielles

concernant le geste suicidaire. Si l'individu est trop désorienté pour un entretien, on reportera son évaluation à plus tard. L'entretien doit être court, mais suffisamment détaillé.

Quand ils disposent des moyens nécessaires, les professionnels *se laissent donc le temps* d'observer si les réactions des patients se modifient, si celui-ci est plus disposé à échanger sur son geste, etc. Dans la dernière observation citée, la patiente tente de s'enfuir et le personnel la prendra en charge aux urgences psychiatriques, pour une réévaluation. Cette issue n'est pas pensée comme un échec qu'on pourrait imputer à une erreur commise lors de la première évaluation. La situation de la patiente sera réévaluée dans le cadre du service des urgences psychiatrique, où la délégation pourra faire l'objet d'une nouvelle *mise à l'épreuve*. Toutefois, cette possibilité peut être limitée par les contraintes de moyens. Au service B, notamment, le maintien du patient aux urgences est limité. Dès lors, les contraintes du service entrent plus frontalement en conflit avec le principe de l'évaluation psychiatrique :

> Informateur 27 *: parce qu'en fait les urgentistes l'urgence le patient doit être vu rapidement et être transféré. Le patient ne doit pas rester longtemps aux urgences. Le but des urgences, c'est de prendre le patient et de l'orienter, très rapidement euh… sauf qu'en psychiatrie nous on ne peut pas travailler comme ça. On a tout simplement une prise en charge… des patients… il faut prendre le temps avec le patient. Le patient qui est alcoolisé t'es obligé de respecter un certain délai avant de le voir. Euh… Parce qu'il faut qu'il soit complètement. Enfin clean pour être vu. Donc il y a un minimum de 12h à respecter. Sauf que les urgentistes ne voient pas ça comme ça. Pour eux c'est bon... Tu vois le patient, tu décides, sauf que le patient alcoolisé va te dire « oui d'accord je veux bien me faire hospitaliser »... Une heure après il va dire « non je ne veux pas être hospitalisé ». Le patient va être suicidaire sous effets de toxiques, parce que ça peut… Augmenter le risque suicidaire, ça les pousse à faire des choses qu'ils ne feront pas sans effet d'alcool, où ils n'ont plus une réflexion où ils arrivent à raisonner en fait et se dire « non c'est vrai que ça ne va pas si bien que ça, mais je ne vais pas passer à l'acte enfin »... Donc, sous effet de toxique ça augmente en général. Donc c'est ça nous, on a besoin d'un temps d'évaluation du patient, qu'ils ont du mal à comprendre. Mais qui est nécessaire pour la prise en charge du patient… euh… Dans les prises en charge de manière générale. Plus tu vas bien prendre en charge ton patient, et que ça soit vraiment dans les meilleures conditions, c'est-à-dire que le patient ne soit pas sous toxique, que le patient ait pu prendre le temps de réfléchir à ce qui s'est passé. Quand on fait une tentative de suicide, il faut le laisser réfléchir par rapport à ce qui s'est passé. Tu ne vas pas d'emblée demander qu'est-ce qui vous est arrivé. Le patient il n'a pas le temps de se remettre un peu en question, de réfléchir à ce qui s'est passé. Et là oui en effet, nous, on ne peut pas travailler comme ça en urgence. Et eux, c'est un peu ce qu'ils nous demandent parce qu'eux la problématique qu'ils ont, c'est des problématiques somatiques. Donc des choses qu'on va faire rapidement, on va faire un bilan sanguin on va avoir les résultats OK, on a géré l'urgence vitale. Sauf que nous ce n'est pas une urgence vitale. Ça devient une urgence vitale quand un patient prend des*

> *médicaments et tout ça. Ça devient une prise en charge somatique. La prise en charge somatique peut être vitale, la prise en charge psychiatrique n'est pas vitale, elle est relative. On attend que le patient soit bien d'un point de vue somatique, que son pronostic vital n'est pas engagé pour le prendre en charge. Et ça, ce qu'ils ont du mal à faire, parce qu'ils ont tellement de monde aux urgences qu'ils ont besoin. Ils ont tellement besoin que le monde, que ça tourne, il y a tellement de demandes, parce que surtout ici à* (B)*, il y a tellement énormément de patients qui passent parce qu'ils ont besoin d'avancer, d'avancer, d'avancer, d'avancer. Ils ont du mal à concevoir que nous, on n'arrive pas à avancer plus vite. Peut-être qu'en demandant à un médecin de venir travailler avec nous ça passera peut-être mieux, il comprendra peut-être plus les choses.* (Infirmière psychiatrique)

Ces difficultés font du travail psychiatrique d'urgence une gestion continue d'une tension relative à la gestion du temps, à la prise en compte des ressources disponibles, et à la valorisation de l'adhésion du patient. L'évaluation de la crise suicidaire consiste à considérer un cas globalement et collectivement, à y discerner les risques relatifs à des troubles psychiques plus ou moins sévères, à bien considérer l'environnement social et familial, à bien juger de l'urgence de la crise, de la fiabilité des discours, et de la nécessité de protéger la personne, parfois contre son gré, et donc au détriment de l'autonomie promue pour le patient. Cet exercice complexe trouve des difficultés dans certaines situations. La question des alcoolisations avec idées suicidaires représente l'une de ces situations difficiles, dans la mesure où l'absorption d'alcool n'est pas considérée, de *prime abord*, comme un geste suicidaire.

Les alcoolisations et les pensées suicidaires ?

Le traitement psychiatrique des alcoolisations avec intention suicidaire est assez équivalent au traitement des patients qui se présentent pour des idées suicidaires sans passage à l'acte. Comme on l'a dit dans le chapitre précédent concernant les urgences générales, les alcoolisations sans expression suicidaires sont peu souvent adressées aux services de psychiatrie. Cependant, dans les cas où ces conduites s'accompagnent d'une intention *manifeste*, la procédure enclenchée par les services spécialisés n'est pas très différente de celle qu'ils réservent à la prise en charge des idéations suicidaires. On peut toutefois lui trouver quelques spécificités.

Comme dans tous les autres cas, l'entretien psychiatrique mené auprès d'un patient accueilli pour alcoolisation et idées suicidaires valorise la délégation de la décision, considérant la gravité du risque, de l'urgence et de la dangerosité suicidaire. Pour ces services, comme pour les urgences générales, la prise d'alcool n'est pas considérée comme suicidaire en soi. Si bien

que, si la volonté de mourir ou de se nuire disparait à l'issue du dégrisement, les services considèrent le patient comme sujet pleinement autonome. Le cas des alcoolisations avec idée suicidaire n'est ainsi pas très différent de la prise en charge de l'intoxication médicamenteuse : les professionnels attendent que l'individu ne soit plus désorienté par les produits (comme dans le cas d'une IMV par exemple). Cependant, au contraire de l'IMV, l'alcool n'est pas compris comme l'indice flagrant d'une conduite suicidaire. Lors d'une intoxication médicamenteuse, le geste lui-même fait l'objet d'une interprétation susceptible d'être débattue entre le professionnel et le patient. Les professionnels suggèrent fréquemment aux patients, lors de la consultation, que leur volonté de « dormir » masque une posture plus radicale. Dans pareil cas, l'objectif est d'amené le patient à souscrire, une fois sorti, à la prise en charge qu'on aura prévue pour et avec lui, quand bien même il n'a pas manifesté d'intentionnalité suicidaire. On attendra de lui, par ailleurs, un investissement manifeste.

S'il y a bien, dans le cas des alcoolisations, une valorisation de l'autonomie, la dimension suicidaire de la conduite n'est pas sanctionnée. Plus, si l'idée suicidaire disparait après dégrisement, elle n'aura été qu'un artéfact du produit consommé. C'est seulement si les velléités suicidaires persistent après dégrisement que la problématique est considérée comme étant pleinement suicidaire. C'est, selon les professionnels, le produit, le « toxique », qui suscite une plainte inconsistante :

> Informateur 1*:* […] *Parce qu'effectivement euh... Ils ont tendance à côté* [aux urgences générales] *à dire « oh bah oui, mais… Il a bu euh, d'accord, mais il pleure et il dit qu'il veut mourir! ». Alors il a deux grammes ! Alors ben d'accord, mais enfin... Son discours n'est pas fiable.* (Infirmier psychiatrique)

Ce n'est que lorsque la plainte prend des expressions plus associées à la crise suicidaire qu'elle sera considérée avec *inquiétude* et que l'autonomie du patient sera encadrée par des exigences nouvelles :

> Informateur 4*:* […] *Souvent sous l'alcool il y a un trouble anxieux, de la personnalité ou effectivement déjà quelque chose de dépressif. Mais l'alcool, et l'addiction à l'alcool est quelque chose de dépressiogène. Donc euh… Souvent, vis-à-vis d'un syndrome dépressif chez une personne qui a une dépendance à l'alcool, on ne peut jamais dire si c'est un syndrome dépressif dû à une dépression caractérisée ou si c'est un syndrome dépressif qui est consécutif de la consommation d'alcool. On a toujours besoin, c'est là qu'on a besoin d'un temps, c'est le sevrage qui va dire si la personne se sent mieux depuis qu'elle a arrêté l'alcool et au final le syndrome dépressif, c'est-à-dire les troubles du sommeil, les troubles de l'appétit, la perte des envies euh... Peut se résoudre avec l'arrêt de l'alcool. Le,*

après... La problématique addictive à l'alcool c'est quand même quelque chose souvent qui amène à avoir des problèmes relationnels sous-jacents, ça amène à perdre son permis. Ça amène à se précariser sur le plan social au fur et à mesure. Donc il y a une complication qui reste quand même assez préoccupante, (inaudible)... *Suicidaire, ces gens se sentent pris à la gorge... Ils n'ont plus, ils ont l'impression qu'ils n'ont plus d'alternatives quoi. Donc c'est dans des cadres comme ça qu'on... Qu'on accueille suite à des tentatives de suicide ou dans le cadre de crise suicidaire des personnes qui ont une problématique alcoolique, là on va gérer tout en même temps.* (Interne en psychiatrie, femme)

Les principes présidant à la gestion des alcoolisations par la psychiatrie ne paraissent donc pas très différents de ceux mobilisés pour le traitement de tentatives de suicide en général. Pour autant, on trouve ici une difficulté qui a trait à deux attributions causales très distinctes. Dans le cas d'une intoxication médicamenteuse volontaire, le geste est la conséquence d'une idée suicidaire plus ou moins ancrée qu'il s'agira d'évaluer en propre – évaluation déjà complexe en elle-même, qui doit déboucher sur un plan d'action visant à aider l'individu à maitriser sa problématique. Dans le cas de l'alcoolisation, la prise de produit est susceptible d'être la cause de l'expression suicidaire, et engage à redoubler d'attention au cours de l'évaluation, au risque que cette conduite masque une véritable suicidalité de la personne qui ne sera pas suffisamment prise en compte.

Mais les services de psychiatrie rencontrent des difficultés plus saillantes. En effet, en certains cas, la négociation ne permet pas de satisfaire les exigences du travail, à savoir l'adhésion du patient à sa prise en charge et son autonomisation proactive dans le soin. C'est de ces difficultés dont nous souhaitons parler à présent.

Consensus à la marge et responsabilité

Hormis les cas de contrainte, qui marquent une impossibilité patente à valoriser l'autonomie du patient, nous avons vu que, dans la majorité des cas, le principe de délégation et le contexte de soin permettent une négociation sur le déroulé de la prise en charge. Dans certaines situations, cependant, certaines tensions se cristallisent autour d'une partie *a priori* minoritaire de suicidants. Curieusement, ces patients ne paraissent pas réfractaires, à première vue, à l'idée d'une prise en charge psychiatrique. Cependant, ces patients sont susceptibles de demander une hospitalisation alors que les professionnels jugent qu'un suivi hors des murs de l'Hôpital est suffisant. Or, il s'agit là d'un problème non négligeable, considérant que la mission des professionnels ne se limite pas, tant s'en faut, à sécuriser le patient.

La problématique à résoudre est complexe : il s'agit, pour les professionnels, de juger du bénéfice éventuel d'une hospitalisation dans un contexte où l'individu revendique une certaine dépendance vis-à-vis de la psychiatrie. Il ne s'agit pas, comme le dit l'infirmier dans l'extrait suivant, d'interdire l'hospitalisation, mais de bien évaluer son intérêt vis-à-vis de la problématique du demandeur :

> Informateur 1*:* […] *je pense que la tentative de suicide, quelle que soit l'idée que tu t'en fais ... En termes d'intentionnalité suicidaire, il faut la... dans le discours, la prendre très au sérieux. Et là... Euh... Tu ne vas pas dire à quelqu'un je ne vous envoie pas à l'hôpital parce que ce n'est pas assez sérieux. Tu lui dis c'est très sérieux, il faut trouver la meilleure réponse possible. Sachant que la meilleure réponse possible ce n'est pas forcément l'hospitalisation.* […] *Voilà. Mais si tu sens que quelqu'un a fait un geste suicidaire... Que bon… S'il va* [à l'hôpital], *ça ne va pas, ça ne va rien régler à son problème. Déjà, qu'il n'est pas dans un risque de récidive imminent, que de l'envoyer à l'hôpital soit effectivement, c'est trop son attente, et qu'il veut, il veut aller à l'hôpital un peu pour euh... En fait, il y a rarement de trop mauvaises raisons pour que... Pour qu'un patient puisse vouloir aller à l'hôpital. Bon des fois euh... Bon ils disent je veux dormir, je veux plus penser, ok. Tu peux... Comprendre ça. Mais euh... Comment dire…? Moi j'ai des réticences par rapport à ... À une hospitalisation systématique si tu veux, mais c'est... C'est plus euh... Euh... Comment dire... Ce n'est pas parce que j'ai des réticences que je ne souscris pas. Moi j'intègre une limite de l'intérêt de l'hospitalisation, mais ça ne veut pas dire que je vais chercher forcément à l'éviter hein. Effectivement si quelqu'un est sur un mode névrotique, qu'il veut régresser à l'hôpital… je veux dire euh... J… J, j, j, je n'ai pas à… À être contre ça. Si, après avoir régressé pendant dix ou quinze jours euh... Il peut être accessible à des soins... Accrocher en psychothérapie, à poursuivre le travail en extérieur pourquoi pas! Mais je ne vais pas survaloriser l'intérêt d'aller à l'hôpital hein, voilà, voilà. Euh... Oui ce n'est pas parce que les gens veulent aller à l'hôpital que je vais forcément m'y opposer. Mais j, j, je, j'intègre si dans cette décision...* (inaudible) *j'essaie de voir au-delà de l'hôpital hein. Je vais, je ne vais pas vendre l'hôpital en disant "faut vraiment y aller ça va régler vos problèmes". Je sais que non! Ça ne règle pas les problèmes, ça fait une étape!* (Infirmier psychiatrique)

Dans de nombreux cas, ces situations suscitent un compromis *à la marge*, que l'on peut distinguer des négociations précédentes par l'existence d'objectifs distincts entre professionnels et patients, bien que convergents vers une même décision d'orientation. Au service *B*, un patient se présente en consultation pour idées suicidaires sans passage à l'acte. Il est connu des urgences et est diagnostiqué comme psychotique. Au regard de ses antécédents et de son discours, le patient présente des facteurs de risque non négligeables : une psychopathologie manifeste, une certaine impulsivité, une rupture dans son traitement médicamenteux. Si l'on s'en tient plus précisément à son discours, l'urgence est importante : le patient répète, au cours de la

consultation, que des idées noires l'envahissent et qu'il souhaite mourir, même si aucun scénario n'apparaît bien établi. Si l'on prend en considération son discours non verbal (son comportement corporel et la manière dont il s'exprime), un décalage manifeste se fait jour. C'est pourquoi l'infirmier qui s'occupe de sa prise en charge remet en question l'authenticité de sa demande : le patient souhaiterait en réalité rejoindre sa petite amie hospitalisée dans une unité d'un hôpital proche (unité W). Le patient étant en rupture de traitement, et l'équipe ne pouvant ignorer sa plainte, celui-ci sera bien hospitalisé, mais en raison d'une volonté du personnel de réintroduire le patient dans un suivi régulier et structuré, et non pas pour motif suicidaire ni pour le rapprocher de sa compagne.

Ces cas semblent davantage caractérisés par une chronicité du recours à la psychiatrie :

Question*: C'est quel type de personnes, de patients, de problématiques ou de psychopathologie qui reviennent de façon répétitive?*

Informateur 24*: alors, de façon répétitive, on a souvent les troubles de personnalité, les états limites. Avec une impulsivité marquée, une grande insécurité, une faille narcissique importante avec une recherche de contenant. Une tendance aux addictions, aux scarifications tout ça... Des patients très insécurisés avec beaucoup d'angoisse. Bon, ils viennent souvent. Bon, par contre ceux-là parfois il faut les hospitaliser. Il y a des moments parfois seulement 24h ici cela peut suffire, des fois il faut les hospitaliser. D'autres, euh, voilà, il peut y avoir plutôt des profils sociaux hein. Toxicomanes, sociaux, qui veulent se… Des fois on se demande, se mettre un peu à l'abri. Ils peuvent avoir des problèmes à l'extérieur ou quoi... Il faut évaluer si c'est justifié ou pas. Et puis, souvent, voilà, ils font du chantage au suicide. Ça c'est* (inaudible)*, c'est compliqué parce que… en même temps, on sent bien que c'est à but utilitaire. Ils ne vont pas se suicider parce qu'ils sont déprimés, ils vont se suicider parce qu'on leur dit qu'on ne va pas les mettre à l'hôpital… Ce qui n'est pas du tout pareil... Mais bon, là euh... Souvent quand même, pas mal de stress, qu'est-ce qu'on fait quoi? Ces gens-là… On leur dit « ben non je ne suis pas d'accord avec ce chantage-là et vous sortez ?" Ou est-ce qu'on prend... On fait attention et puis on les prend quand même ? Ça dépend... Ça dépend si on sait qu'il y a des antécédents ou pas. Là on évalue en fonction des antécédents. Est-ce que ce sont des gens qui passent vraiment, qui font vraiment des tentatives de suicide ? Est-ce que régulièrement ils tiennent ce discours-là et il n'y a jamais rien eu et donc là on peut se permettre de dire « non maintenant vous arrêtez votre cinéma » ?*

Question*: mh. Et ça, tu te le permets plutôt si tu sais que ça a déjà été fait au final?*

Informateur 24*: Alors ou que ça ait déjà été fait, ou qu'il n'y a pas d'antécédents, ou si tu sens bien… Parce que des fois clairement, le patient, il n'est pas très convainquant quoi* (sourire)*. Des fois tu sens bien dans leur chantage au suicide, il tente vainement de nous lancer un petit truc... Par contre tu en as d'autres, tu les sens impulsifs, tu sens qu'ils sont déterminés, où là tu sens les choses plus limites. Je trouve qu'il y a beaucoup de feeling dans tout ça. Il y a de la clinique, mais il y a beaucoup du feeling, comment tu sens les gens...*

Question*: oui. Quand tu dis, que tu sens qu'ils sont déterminés, tu sens qu'ils sont nerveux?*
Informateur 24*: oui...voilà.*
Question*: Ça, ça peut se rattacher à des symptômes au final?*
Informateur 24*: plus à un type de personnalité ou des caractéristiques. Si tu vois quelqu'un qui est un peu énervé, qui est impulsif, qui est sur ce profil-là... Tu dis il y a peut-être plus de chances qu'il passe à l'acte que l'autre en face qui a l'air tout calme et pas plus déprimé qu'une feuille de salade et qui te dit « oui ben si vous ne m'hospitalisez pas je vais faire quelque chose »... Vraiment des fois, enfin, tu sens bien qu'elle n'est pas authentique... Que... Voilà. Je pense qu'il ne faut pas rentrer dans ces trucs-là hein* (Médecin psychiatre, femme)

Les professionnels ne refusent pas l'hospitalisation simplement parce qu'ils auraient à l'esprit de la réserver aux « vrais suicidaires » ou aux vraies urgences psychiatriques (décompensations psychopathologiques sévères), même si la question des places disponibles n'est pas sans jouer sur leur décision. En réalité, comme les extraits précédents le soulignent, les soignants ne considèrent pas l'hospitalisation comme une solution nécessairement optimale face à certaines problématiques : mal informée et inadaptée, elle est susceptible de contrevenir à la mobilisation de l'autonomie. Mais les professionnels ne peuvent pas non plus ignorer l'expression suicidaire. De plus, ils doivent, en cas d'hospitalisation, composer avec les limites liées aux objectifs mêmes de la prise en charge, quand bien même la demande du patient échappe à ces objectifs. Ainsi, au service B, une patiente toxicomane ayant commis une tentative de suicide réclame d'être hospitalisée pour un sevrage. Or, sa demande ne rencontre que partiellement la logique prévue en pareil cas :

Carnet B.
Entretien avec une patiente qui vient pour IMV et prise de toxique. *Le psychiatre est tout seul pour l'entretien. Il demande à la patiente d'expliquer sa situation. La patiente exprime des idées suicidaires (vouloir mourir). Le psychiatre demande ce qu'il peut faire aujourd'hui dans l'état actuel des choses. La patiente explique qu'un sevrage serait une bonne chose. Le psychiatre prend une position très critique et très directe avec la patiente. Il explique qu'il faut trouver le facteur déclencheur. C'est la problématique sociale et l'addiction qui motive la patiente, il l'a bien compris. Mais le psychiatre dit qu'il ne s'agira pas d'une hospitalisation pour sevrage. Il s'agira d'une hospitalisation pour psychiatrie, pour prendre en charge sa TS : le sevrage et les questions sociales devront être réglés par la patiente ; il ne s'agit pas d'une hospitalisation dans le cadre de l'addiction, ce par quoi le discours de la patiente et sa demande sont structurés. Le psychiatre demandera plusieurs fois quel programme de soin elle veut faire pour s'en sortir et il rappelle les ruptures de soin à chaque sevrage quand la patiente lui explique sa problématique d'addiction. La patiente sera hospitalisée en psychiatrie pour sa tentative de suicide, et dira à l'infirmière dans son box que le psychiatre est « méchant » (elle a mal pris les critiques répétées concernant le*

sevrage). L'objectif du psychiatre était de faire saisir à la patiente que son hospitalisation concernerait l'intoxication médicamenteuse et que c'est là l'indication d'hospitalisation. La patiente n'a pas fait une intoxication médicamenteuse grave, mais il s'agit cependant d'un geste suicidaire. La patiente n'a par ailleurs pas de support solide : elle nécessite une hospitalisation parce qu'elle est demandeuse, qu'elle a effectué un geste suicidaire, qu'elle n'a pas de soutien. La patiente est d'une certaine manière satisfaite. Mais, dans le même temps, le psychiatre insiste sur le fait que l'hospitalisation concerne son intoxication médicamenteuse. Il ne s'agit pas de répondre aux exigences de la patiente concernant l'addiction: la patiente a déjà plusieurs fois « mis en échec » cette démarche et un passage à l'acte n'est pas une solution pour être pris en charge, selon lui.

Ici, l'objectif du sevrage ne pouvant s'effectuer sur le principe de l'hospitalisation d'urgence, l'hospitalisation se fera sur le principe du traitement de l'urgence suicidaire, par ailleurs légitime. Le psychiatre insistera sur ce point, alors même que le motif évident formulé par la patiente est une prise en charge en addictologie et une aide à la réinsertion. C'est en ce sens que nous parlons ici d'un *compromis à la marge*.

Dans ces cas, la démonstration par les professionnels de leur utilité et de leur compétence est finalement moins évidente, dans un contexte où la gestion des ressources s'avère structurante. Ce compromis à la marge n'est pas pleinement légitime. Or, lorsque la décision professionnelle ne trouve aucune justification satisfaisante au regard de la demande formulée par le patient et de l'évaluation de sa situation, la nécessité de sécuriser toute conduite de type suicidaire peut susciter certaines réactions négatives :

Informateur 6 *: tu as* (rire)*... Après tu as aussi de… Des... Ce même type de questionnement, mais où les gens ne sont pas forcément à la rue mais... Oh ! C'est, je pense à plusieurs personnes qui sont très connues de l'hôpital psychiatrique et où ça arrive régulièrement et qui en fait euh... Bon qui souffrent un peu tous de gros troubles de la personnalité, et qui ont passé des, mais des, des, du temps d'hospitalisation, enfin… D'une durée très longue, et qui finalement sont un peu institutionnalisés, et qui n'arrivent pas à fonctionner à l'extérieur et qui cherchent constamment à revenir en hospit' quoi… Bah ça, c'est les gens qui vont revenir soit avec des propos suicidaires, des gestes suicidaires sans forcément qu'il y ait d'intentionnalité et là tu ne vas pas avoir le choix quoi.*

Question*: D'accord. Par geste suicidaire c'est des gestes suicidaires classiques?*

Informateur 6 *: Ça peut, ou alors c'est « j'ai pris deux sérestas ». Enfin, tu es quand même obligé de considérer ça comme un geste suicidaire quoi.* […] *Même si c'est foireux, même si tu ne vas pas forcément aller très loin après, tu es quand même obligé quoi.* (Interne en psychiatrie, homme)

Certaines formes de négociations, en pareil cas, peuvent se solder simplement par un refus, davantage que par un compromis, essentiellement lorsque le professionnel dispose d'une gamme d'informations suffisantes pour considérer la demande comme irrecevable et pour évacuer l'éventualité d'un passage à l'acte ultérieur :

> Informateur 5 *:* […] *Celui que j'avais en tête là* (prénom)*, il me fait « oui j'ai bouffé tout mon mois de traitement... Bon euh, il a son traitement tous les jours par une infirmière* (rire)*... Ça ne marche pas désolé. « Ah oui ! Vous faites chier c'est toujours pareil... Je reviendrai demain... ». Puis après il se retourne « vous ne voulez vraiment pas me mettre un peu à l'hôpital ? Regardez, je me fais chier... ». Ben non, je ne peux pas… Mais c'est vrai que je trouve qu'il manque un peu ce truc intermédiaire parce que la vie dans la ville c'est bien théoriquement pour certains... Parce que dans la réalité…* (Infirmier psychiatrique)

Si les compromis à la marge permettent aux deux parties de « garder la face » au cours de l'interaction – pour reprendre les termes de Goffman (1968) –, la décision des professionnels s'effectue donc parfois par défaut lorsque ceux-ci sont tenus de sécuriser l'individu quand bien même la démarche est considérée comme étant contre-productive. Ainsi privés de leur initiative propre, les professionnels ne sont pas sans exprimer un certain rejet, parfois marqué, et sans faire porter au patient lui-même les raisons du problème :

> **Carnet A.**
> *IMV ayant fait l'objet d'un entretien avec les deux médecins : l'entretien psy a eu lieu. Il semble y avoir une difficulté pour les psys à trouver une solution. La clinique ne reprendra pas la patiente et elle n'a pas d'indication selon eux à être hospitalisée à l'hôpital. Pour autant la patiente est décrite comme passive-dépendante et n'accepte pas l'idée d'un seul suivi en ambulatoire. « Eh bien, on va l'hospitaliser, on ne peut pas la laisser repartir chez elle, elle serait capable de refaire une TS pour nous emmerder, pour se faire hospitaliser », conclut le médecin en charge de la patiente.*

L'interprétation des soignants tend ici à individualiser les motifs de l'action, en plaçant la relation aux professionnels au centre de la problématique : *« elle serait capable de refaire une TS pour nous emmerder pour se faire hospitaliser »*. La répétition de ce type de prise en charge peut amener à un sentiment d'échec, que les professionnels peuvent imputer aux patients eux-mêmes. En témoignent certains discours relevés au cours des observations selon lesquels « le patient met en échec la prise en charge » : la formulation est ici assez explicite. En ce sens, la valorisation de l'autonomie et de la participation active au soin favorise une certaine

hiérarchisation des cas, certains d'entre eux étant logiquement moins propices à cette valorisation, et donc à la réalisation des exigences recherchées du soin.

Cette logique est susceptible de traverser les modes de sélection et d'orientation des suicidants. C'est le cas, notamment, au service B, où cette hiérarchisation liée à la chronicité des problématiques affecte certaines prises en charge. En effet, certaines décisions d'orientation favorisent la prise en charge des patients ayant peu d'antécédents suicidaires au sein d'unités dites « sympas ». L'organisation de ces unités est réputée comme étant bien adaptée, le nombre de places étant réduit et la sélection des problématiques permettant, selon les professionnels, un cadre plus propice de « travail » pour les suicidants: les cas dits-lourds (psychopathologie sévère décompensée, poly-pathologies) y sont moins nombreux. Les patients, dont les difficultés sont souvent moins anciennes et moins ancrées, peuvent bénéficier ainsi, si leur état le permet, d'une sélection qui n'est pas sans rapport avec le jugement porté sur l'autonomie individuelle :

> Question*: tu vois, sur quelle base tu vas décider… ben, cette personne-là va aller plus dans un service tranquille par exemple ?*
> Informateur 27*: ben, une patiente qui a fait une première tentative de suicide, je ne vais pas l'envoyer en secteur, parce que ça peut être encore une fois très* […] *traumatisant pour la personne et peut-être pas adapté. On a des super services, comme* (tel service), *qui eux prennent des patients pour première tentative de suicide. Ça, c'est super justement pour une première hospitalisation en psychiatrie, c'est quelque chose que tu peux faire. Les personnes que je vais envoyer en secteur c'est des patients qui refusent d'être hospitalisés… On n'a pas le choix… et des patients qui font des... des multitudes de TS, aussi, on va plus envoyer en secteur.* (Infirmière psychiatrique)

Les patients seront nécessairement adressés dans une unité de leur secteur si la contrainte s'impose[35]. Pour autant, on trouve ici un adressage de certains patients dans certaines unités où l'implication du patient et sa réflexivité sont davantage attendues : la moindre chronicité des problématiques parait ici jouer. En d'autres termes, on trouve ici une présomption d'autonomie, qu'il s'agit de préserver le plus possible, au contraire des cas où les ressorts internes de l'individu paraissent moins évidents à consolider. Les observations suggèrent bien l'existence de ce type de décision, et les critères qui permettent de la *justifier* :

[35] Au cours des observations, une soignante nous invitera à visiter une unité de secteur proche des urgences, afin de « démystifier » l'adressage en secteur, considérant probablement que nous nous en étions fait l'image d'un service disposant de peu de moyens et accueillant essentiellement des cas de psychopathologie graves sans disposer des ressources à même de valoriser, chez eux également, une certaine capacité d'agir propre.

Carnet *B*

La psychiatre arrive bientôt. Deux TS sont encore à voir. Je vais rester pour assister à l'entretien, ça ne pose aucun problème, même si l'on est quatre. La psychiatre me le confirmera. Je vais avec l'infirmière chercher la patiente en attente couchée à l'UHU [Unité d'hospitalisation des urgences]. *L'infirmière la réveille gentiment et lui demande si elle se souvient d'elle. La patiente dit ne pas se souvenir de ce qu'elle fait aux urgences. L'infirmière lui explique que ça arrive parfois, et qu'on va faire un entretien. Elle est allée chercher un fauteuil pour la patiente. Je pousserai le fauteuil pendant que l'infirmière discute un peu avec la patiente sur le chemin, jusqu'au bureau de consultation. Arrivé dans le bureau, je me présente finalement au moment où j'en ai l'occasion et demande si ma présence la gêne : non. L'entretien commence.*

La patiente a une vingtaine d'années. Elle est étudiante. Elle commence par dire qu'elle ne se souvient de rien, et ne sait pas pourquoi elle est aux urgences. La psychiatre senior lui explique les raisons de sa venue (IMV) et va essayer de lui faire se rappeler ce dont elle se souvient. La patiente ne se souvient pas même du geste, et ne peut l'expliquer. Le discours s'oriente rapidement et longuement, durant l'entretien, sur les drogues consommées par la patiente, notamment sur l'alcool : pas de dépendance chronique. La patiente minimise son geste. Quand, à la fin de l'entretien, la psychiatre lui exposera la nécessité d'une hospitalisation, la patiente ne sera pas réfractaire immédiatement, mais expliquera qu'elle ne préfère pas. Elle ne veut pas se retrouver dans un endroit qu'elle ne connait pas avec des personnes qu'elle ne connait pas. L'équipe tente de rassurer la patiente sur l'hospitalisation et les libertés qui seront concédées, tandis que la patiente se focalise sur des détails et semble réticente à l'hospitalisation. L'équipe essaie tant bien que mal de trouver une contre réponse à chaque détail. L'équipe insiste sur l'intérêt de la patiente (« c'est pour votre bien »), et mobilise beaucoup, comme dans le premier terrain, l'idée que c'est un moment où la personne pourra se reposer (ce que certains patients rétorquent parfois en disant plus ou moins habilement « j'ai dormi 24h, je ne suis pas fatigué ».

La patiente sera orientée volontairement vers une unité « sympa », c'est-à-dire une unité qui pratique des sélections de patients pas trop « lourds », où il n'y a pas ou peu de patients chroniques avec des pathologies psychotiques et déficitaires, et ce, parce que la capacité de la patiente à élaborer est jugée importante. Visiblement fille de classe moyenne, c'est sa première hospitalisation. Les soignants souhaitent que le cadre d'accueil soit bien. Je demande comment on « vend » une patiente à un service « cool » : on me dit qu'on ne dit pas, par exemple, que la patiente a fait preuve d'ambivalence à l'hospitalisation, mais qu'elle est volontaire, et que c'est sa première TS.

On trouve encore dans une autre observation ce type d'orientation. La justification de l'orientation se fonde encore une fois sur le peu d'antécédents, sur la valorisation d'une bonne élaboration, d'une attitude active et volontaire du patient et, évidemment, de l'absence de risque important de récidive :

Carnet B

Je n'ai pas pu participer à l'entretien dans la mesure où je faisais la passation du questionnaire pour un autre patient. La psychiatre m'explique que l'équipe cherche une unité « cool » pour le jeune suicidant en question. C'est sa première TS. Le patient semble issu d'un quartier populaire. La psychiatre semble touchée par son histoire. Elle explique avec emphase qu'il doit gérer la maladie chronique d'un proche, un deuil récent et que son parcours parait bloqué par ces difficultés qui se cumulent. Le patient élabore bien. La psychiatre le décrit comme étant installé dans une grosse dépression, accompagnée d'une consommation de substances. Elle m'explique le cas comme une suite d'évènements de vie tragiques. On trouve une place pour lui dans une unité « sympa »: l'équipe semble satisfaite. Mais au téléphone l'unité insiste sur le fait que le patient ne soit pas à risque de récidive rapide. L'équipe confirme que le patient est « bien » pour l'unité. Ils « vendent » le patient, disant qu'il est bien d'accord pour l'hospitalisation, que c'est sa première TS, qu'il développe bien, etc. La psychiatre va toutefois revoir le patient avec l'infirmière pour approfondir l'entretien : le patient disait avoir peur de recommencer.

Comme pour les urgences générales donc, la valorisation de certains patients au détriment d'autres cas est encadrée par l'ordre de l'activité et ses principes directeurs. *L'orientation qui en résulte fait système, en certaines circonstances, avec la manière dont les professionnels pensent leur capacité propre d'action auprès des patients suicidaires. Sans réduire la prise en charge à cet aspect, il convient d'y voir un élément structurant de la pratique, qui permet de saisir comment l'aptitude individuelle est considérée au regard des priorités du travail de soin légitime et valorisant. L'acte isolé fait ainsi pendant au caractère plus chronique de certaines problématiques, où l'individu est davantage perçu comme prisonnier d'un fonctionnement sur lequel il n'a pas prise.* La chronicité des problématiques, comme dans le cas des urgentistes somatiques, parait alors remettre en cause la question de l'autonomie qui constitue une référence centrale du jugement, quand bien même elle ne saurait déterminer les décisions d'orientation.

2.3.3 L'individualisation au principe du travail

Le principe de délégation que nous avons décrit ainsi que la diversité des degrés de prise en charge (hospitalisation sous contrainte ou libre, suivi ambulatoire, re-consultation), structurent l'activité des services étudiés, dans le cadre d'une gestion collective des cas contrainte par les ressources disponibles. De l'optimisation de la prise en charge dépend l'opportunité, pour les professionnels, de faire valoir leur compétence et leur autonomie dans les limites règlementaires assignées à leur rôle. La capacité à être empathique, à bien évaluer les problématiques des patients, à singulariser chaque prise en charge et à négocier les ressources pourtant limitées, constitue une compétence, un savoir-faire et un savoir-être à maîtriser. Nous proposons d'explorer, dans cette dernière section, les tensions qui émergent de ces différents aspects du travail psychiatrique aux urgences, ainsi que leur conséquence dans la prise en charge.

La dimension sociale des tentatives de suicide ?

Certaines normes sociales paraissent traverser la manière par laquelle les professionnels de psychiatrie qualifient certaines problématiques accueillies aux urgences. On retrouve, notamment, à travers la dénomination régulière des cas de conflits entre conjoints ou de ruptures conjugales, une certaine forme de distanciation implicite de la part des professionnels. Comme dans le cas des urgentistes, nous trouvons ici des références latentes qui affectent les manières de penser et d'agir des acteurs. Nous proposons ici que ces références constituent un cadre de signification commun, latent, qui trahit la centralité de l'autonomie dans les rapports sociaux contemporains. La « conjugopathie », désignation usuelle dans les services étudiés, parait ici marquer un certain discrédit vis-à-vis de la capacité des patients à faire face aux épreuves de la vie en couple, dans la mesure où, pour de nombreux cas, les soignants attribuent davantage aux individus l'incapacité à gérer des tensions qui ne sont pas considérées comme étant « hors-normes ». Ainsi, les motifs de rupture, ou de conflit apparaissent davantage comme l'expression d'un dysfonctionnement individuel :

> **Carnet A.**
> *Je croise un infirmier au départ des Urgences psychiatriques et il me dit aller au SAU voir une IMV avec alcool. Nous arrivons au bureau central, il se renseigne sur la chambre et nous allons voir le patient, la vingtaine, contentionné depuis hier soir à son lit. L'entretien commence comme d'habitude : l'infirmier se présente puis demande au patient s'il veut bien discuter. Le patient n'est pas très causant et fait signe*

de la tête. Il parait ailleurs et encore très fatigué, mais accepte l'entretien. Il demande un verre d'eau. L'infirmier me demande de m'occuper de l'eau en sortant de la chambre, il doit aller récupérer les papiers nécessaires. Je vais au bureau central pour demander si le patient peut boire puis vais chercher un gobelet d'eau. Je l'apporte au patient. Il boit rapidement le verre d'un air assoiffé, en répand un quart du contenu sur lui par précipitation, puis se renverse sur son lit comme pour apprécier d'autant plus son soulagement. Je lui apporte une serviette pour l'essuyer. L'infirmier commence alors l'entretien comme j'ai l'habitude de les voir : qu'est-ce qui vous a amené ici ? Le patient dit ne se souvenir de rien de son arrivée. Il parle très bas et fait des réponses brèves. Il ne se souvient que de la prise des médicaments et de l'alcool. L'infirmier pose des questions plus précises et fermées : « on dit souvent que la tentative peut être destinée à quelqu'un, c'est le cas pour vous ? Le patient répond non. L'infirmier demande s'il y a eu un conflit avec quelqu'un précédemment ? Le discours se délie petit à petit, peu certes, mais le patient répond tout de même aux questions. Les médicaments utilisés étaient les siens, pour ses problèmes de sommeil. Il décrit l'acte comme une envie soudaine et non préméditée, une envie de dormir pour de bon. L'absorption d'alcool n'est pas régulière chez lui, elle visait à accompagner le geste. La problématique décrite est une problématique conjugale. L'infirmier me dira le geste impulsif et non lié à une dépression sous-jacente, mais à la personnalité de l'individu.

Je parle avec l'infirmier d'un autre patient et il me décrit que sa TS est également liée à sa personnalité. Il me dit : « tu vois, il y a des gens qui ont une histoire de vie horrible et s'en sortiront bien, sans souci : ils le gèrent. Et d'autres, il leur arrivera un truc que tu ne considères pas énorme, comme ça nous est à tous arrivé un chagrin d'amour jeune par exemple, mais il y a des gens qui ne le supporteront pas, ça sera trop. »

Comme pour les urgentistes, il ne s'agit pas d'affirmer que les professionnels de psychiatrie désapprouvent certains types de problématiques suicidaires, qu'ils les déconsidèrent et les désinvestissent systématiquement. Cependant, on trouve ici une tension qui a trait à la valorisation de l'autonomie, de la réflexivité et de la responsabilité. On l'a dit précédemment, la formation du couple moderne suscite aujourd'hui davantage la démonstration d'une qualité personnelle dans un système de valeurs promouvant le choix individuel (Giddens, 1966, 1991). Or, cette exigence se poursuit dans le cas de la rupture. Celle-ci doit être vécue dans la responsabilité et l'indépendance. Sans minimiser la problématique des patients, un infirmier décrit bien sa difficulté à comprendre comment ce type de problématique peut engendrer des souffrances aussi intenses. Au contraire, pour lui, la rupture représente l'opportunité d'un accomplissement personnel :

Informateur 5 *: dans la rupture, d'un couple qui se défait... Que les gens aient envie de mourir quoi* (rire).... *Ça m'est complètement... Euh... J'ai l'impression de parler à des martiens. Les gens me racontent ça fait mal, ma femme m'a quitté elle veut partir… Aahhh... Écoute les gens, moi je me dis, mais bon…*

Enfin... Je n'arrive pas à ressentir... Alors que souvent j'arrive à être bien empathique, tu vois. Mais je n'arrive pas à ressentir euh... Il n'y a rien en moi qui me permet de ressentir sa souffrance quoi… Une rupture, ça ne me parait pas euh... Tu vois c'est… Bon... Voilà quoi tu es… Tu en trouveras une autre (rire) *et puis sinon bah ça... En plus quelques fois ça m'a... Tu vois je n'arrive pas à trouver ça douloureux quoi. Quand les gens me parlent de ça, la fin du monde pour eux je...* (rire) […] *Le jour où ma femme… J'étais très... Alors j'étais toujours très amoureux d'elle… Le jour où elle m'a dit j'en aime un autre, je vais partir... « Ouhaaaa, enfin je vais être enfin un peu tout seul tranquille »* (rire), *tu vois c'est…*

Question*: ce n'est pas la même réaction*

Informateur 5*: alors tu vois quand les gens me disent c'est horrible ma femme veut partir j'ai envie de leur dire putain profite un peu... Enfin ça c'est autre chose, mais ce qui montre que des fois c'est aussi des euh... C'est difficile d'arriver à évaluer tu vois ce, un peu l'intensité des sentiments que les autres expriment parce que ça, chacun a une valeur un peu différente...* (Infirmier psychiatrique)

Si les soignants expriment l'importance de prendre en considération et de valider la souffrance exprimée par leur clientèle, l'attribution de responsabilité ne parait pas ici absente des jugements portés sur les cas. Une observation réalisée au service B met davantage en lumière l'ancrage normatif dans le déroulé du soin. On trouve, dans ce cas, la question de la posture parentale et de la responsabilité en jeu dans cette fonction. En effet, le rôle de parent d'une patiente est mis directement en question au regard de sa responsabilité envers l'enfant. Sa relation est soupçonnée d'être pathologique, dans la mesure où la patiente ferait assumer à l'enfant la gestion des problématiques qui ont conduit à sa tentative :

Carnet B.

Entretien avec la patiente qui a fait une IMV et qui a été vue ce matin. *La patiente peut marcher à présent, même si elle n'est pas très stable. L'entretien se fait avec la psychiatre et l'infirmière. L'infirmière demande à la patiente si elle se sent mieux et la patiente répond à l'affirmative. Elle réagit encore lentement. On lui demande à nouveau si elle peut décrire ce qui s'est passé le jour où elle a pris les médicaments. La patiente réexplique une situation conflictuelle avec son fils. Elle reste assez évasive quant à la teneur de la dispute. Après un peu d'insistance, elle explique qu'elle considère son geste comme impulsif et destiné à son fils, et qu'elle ne le renouvellera pas. La psychiatre demande si la patiente pourrait recommencer en pensant à nouveau de façon impulsive, en pensant que cela pourrait changer la situation. La patiente ne répond pas. Le binôme revient sur d'autres éléments. La patiente n'est pas très claire dans son propos. Elle est réfractaire à l'hospitalisation et préfère rentrer chez elle. La psychiatre lui explique que ce ne serait pas très bien et qu'elle voudrait la protéger. Elle lui demande en quoi un retour au domicile pourrait l'aider si la situation n'a pas changé. La patiente explique, en substance, que son fils s'occupera d'elle. La psychiatre réagit de suite et lui demande si elle se rend compte de ce qu'elle dit, et du fait qu'elle inverse complètement « les rôles ». Elle lui parle en la*

responsabilisant sur son geste et en expliquant que, dans ces conditions, elle ne semble pas du tout critique et à même de sortir. La patiente dit qu'elle comprend, reste très calme et très lente, et ne change pas de discours. La psychiatre explique que, dans ces conditions, elle va lui proposer une hospitalisation. La patiente est encore réfractaire et demande si elle est obligée. La psychiatre évacue la remarque et lui explique que ce n'est pas forcément long, et qu'elle pourra par ailleurs sortir si c'est elle qui fait la démarche d'y aller. La contrainte n'est pas abordée, mais elle est sous-entendue. Puis, elle est clairement exprimée lorsque le professionnel mentionne une hospitalisation par un tiers, en expliquant que ça ne sera pas le fils (ce n'est pas la place d'un enfant, d'autant plus que la situation est clairement problématique à ce niveau).

La psychiatre m'expliquera que la patiente a clairement une relation pathologique avec son fils et qu'elle n'est pas critique. Je n'assisterai pas à l'entretien ultérieur. La patiente ne fera pas l'objet d'une prise en charge hospitalière et rentrera chez elle.

Cet échange n'est pas sans références aux valeurs socialement valorisées, ici relatives à la relation parent-enfant. L'intérêt de l'enfant est devenu aujourd'hui une référence centrale dans le jugement porté sur l'individu-parent (Théry, 1993). C'est à travers ce référentiel qu'un jugement est porté sur la patiente, mettant en cause l'attitude de celle-ci à l'égard de son fils. L'importance que les soignants accordent à l'exercice d'un jugement critique et d'une réflexivité met ici en défaut la patiente dans sa capacité à faire face à la situation. L'importance de la valorisation de l'autonomie enjoint les professionnels à faire valoir, auprès du patient, une capacité de décision et de rectification. C'est ce processus qu'il s'agit, pour les professionnels, d'accompagner.

Ces normes sociales guident intuitivement l'investigation du discours du patient, dans la mesure où les soignants sont susceptibles d'anticiper les problématiques en jeu, en vue de mieux saisir leurs ressorts. Au service B, une psychiatre investigue le cas d'une intoxication médicamenteuse volontaire. Le motif annoncé est un problème conjugal. La psychiatre anticipe ici une forme de chantage de la part du patient, soupçonné de vouloir susciter le retour de sa compagne :

Carnet B

Jeune homme (la trentaine). La psychiatre commence l'entretien en rappelant le contexte d'arrivée : IMV dans la nuit. Elle demande au patient d'expliquer sa situation concernant la séparation conjugale. On apprend que le patient a un enfant. La psychiatre insiste pour plus d'explications sur la relation et les changements intervenus. Lorsque la psychiatre insiste ainsi sur le rapport avec son épouse, elle apprend que c'est le patient qui a initié la rupture : elle est un peu perplexe. Elle lui explique de façon directe

qu'il lui faut prendre ses responsabilités, si c'est lui qui est à l'origine de la rupture, et qu'il ne peut pas faire réagir son ex-épouse, encore moins avec un tel de geste.

Dans le cas de figure où le patient a rompu la relation de couple, la psychiatre attend de lui qu'il assume les raisons qui justifient cette décision, et elle s'avère perplexe quant aux motifs qui ont motivé son geste suicidaire. Elle valorise alors la responsabilité du patient. On trouve également une interrogation qui a trait au détachement du patient vis-à-vis de son fils. En effet, aux dires du patient, l'éloignement ne parait pas, *de prime abord,* l'affecter. Il s'avère, en réalité, après de plus amples investigations, que l'épouse et l'enfant ne constituent pas les motifs réels de la conduite suicidaire. La problématique concerne en fait une autre relation amoureuse, homosexuelle, qui a précisément suscité la rupture du foyer et que le patient ne souhaitait pas mettre à jour. Mieux renseignée sur le cas, intuitivement abordé comme une rupture non assumée au sein d'un couple hétérosexuel, la psychiatre soulignera cependant le rôle du patient dans cette situation, faisant valoir la capacité de gestion propre à celui-ci vis-à-vis de la nouvelle union problématique ;

Carnet B

La psychiatre explique que la nouvelle relation amoureuse s'avère compliquée, et que le patient en a conscience. Il a cependant un rôle à prendre dans la relation et doit assumer cette difficulté. Elle lui explique qu'il ne peut pas réagir par ce type de geste.

Autrement dit, il s'agit ici d'amener le patient à se saisir de ses « ressorts internes ». L'objectif est d'accompagner ce dernier afin qu'il puisse gérer autrement les tensions auxquelles il fait face. Ce cadrage parait saisissant, ici, lorsqu'il s'agit d'évoquer l'exercice des rôles familiaux et conjugaux. Comme pour tous les patients suicidaires, les soignants favorisent, comme on l'a dit, une démarche active et réflexive. Pour autant, la question des « conjugopathie », parce qu'elle parait plus triviale, est l'occasion pour les soignants d'exprimer occasionnellement une certaine distance, qui parait bien marquer ici l'attribution de responsabilité, sinon l'origine plus individuelle des difficultés. Mais, la distance qu'ils affichent ici n'induit pas nécessairement qu'ils désinvestissent la prise en charge de ces patients. Le personnel des urgences, on l'a vu, faisait également preuve d'une certaine distance à l'égard des problématiques conjugales (« *la totoche qui a pris des trucs parce qu'elle est dépressive parce que son copain est parti* ») sans toutefois directement responsabiliser ces conduites, et sans faire preuve d'un désinvestissement systématique. On trouvait cependant dans l'exercice

du soin somatique un désinvestissement relatif, une mise à distance plus marquée, justifiée notamment par les priorités du soin, le manque de temps et la limite des compétences soignantes, favorisant également une auto-préservation du personnel. Les désinvestissements des équipes psychiatriques aux urgences s'observent ailleurs, lorsque les situations font plus directement pendants aux enjeux de l'urgentisme psychiatrique.

Un désinvestissement complexe

Dans une analyse originale de consultations psychiatriques menées auprès de personnes suicidantes au Royaume-Uni, Marcus Redley (2010), psychiatre, suggère que l'interprétation des conduites suicidaires effectuée par les soignants souligne généralement le caractère impulsif du geste suicidaire. Il explique que cette interprétation tend à renforcer l'idée selon laquelle les patients ne sont pas maîtres de la situation et des difficultés qu'ils rencontrent. Ce faisant, ils attribueraient à la conduite suicidaire une cause qui ne tient pas de la responsabilité des suicidants, les déchargeant ainsi d'une certaine culpabilité. Ce faisant, également, ils éviteraient d'approfondir auprès d'eux les enjeux des problématiques et contourneraient les conflits que cet échange peut susciter. Il y aurait ainsi, selon Redley (2010), un évitement réciproque entre soignants et patients, ces derniers faisant eux-mêmes preuve d'un certain retrait vis-à-vis du soin. Cette explication parait bien rendre compte de certaines observations, comme celle qui suit, où la décision d'orientation s'effectue dans un contexte où le manque de lit dans l'unité des urgences psychiatriques est important :

> **Carnet A**
>
> Observation d'une consultation au cours de la nuit (environ 3h du matin). *La patiente est une femme entre 40 et 50 ans, prise en charge pour IMV. L'infirmier commence l'entretien dans la chambre individuelle de la patiente, en demandant pourquoi celle-ci est arrivée aux urgences ce soir. La patiente explique un problème relationnel avec un membre de sa famille, une certaine violence, des ennuis avec des personnes. Elle explique des difficultés régulières de sommeil, un manque de motivation général. Elle est sous médicaments psychotropes, qu'elle a utilisés pour sa tentative de suicide. Les questions viennent de l'interne, concernant le sommeil, le moral, la motivation, les traitements actuels. La patiente critique son geste directement, en disant qu'elle « faisait une connerie », et elle a alors appelé de l'aide. L'infirmier lui suggère que c'était impulsif, et la patiente répond « oui », paraissant convaincue. Le binôme suggère à la patiente que la fatigue, l'insomnie et le manque de motivation sont des signes de début de dépression. L'interne commence à suggérer l'idée qu'un suivi en CMP pour sa dépression serait une bonne chose, et l'infirmier reprend tout de suite pour dire que « déjà, on va prendre un rendez-vous avec un médecin du service des urgences psychiatriques », puis il présente la procédure de suivi pour tentative de suicide.*

Une fois l'idée du rendez-vous bien acquise, l'infirmier s'assure que le retour à domicile sera accompagné.

À la fin de l'entretien, je discute avec le binôme, et l'infirmier me dit que la patiente critique son geste, mais surtout elle développe bien ses problèmes en expliquant ce qui ne va pas et ce qu'elle souhaite améliorer. Elle a tout de suite accepté le suivi. Même s'il y avait eu des lits d'hospitalisation, ça n'aurait probablement pas été nécessaire.

Dans nombre d'observations et d'entretiens, la question de l'impulsivité est impliquée dans l'interprétation du cas, et celle de la personnalité l'accompagne régulièrement. Lorsque l'impulsivité est considérée comme un trait constitutif de la personnalité, elle est l'indice d'un risque supplémentaire de passage à l'acte. Mais, au contraire, la qualification du geste comme étant impulsif n'est pas forcément gage d'un risque accru. En ce sens, il serait trop rapide de réduire le travail des professionnels de psychiatrie à une forme d'évitement et de désinvestissement, en raison de ce qualificatif. On observe, au contraire, un effort, constitutif du rôle de soignant, visant à évaluer et rétablir la capacité réflexive du patient à l'égard de sa situation. En d'autres termes, le désinvestissement possible des soignants est conjuré par la mission d'accompagnement et de remobilisation de l'autonomie qui constitue précisément une fonction importante du travail des équipes psychiatriques.

Si désinvestissement il y a, *comme chez les urgentistes*, il s'observe par une moindre implication auprès du cas. Cette forme de désinvestissement est plus complexe à observer que pour les urgentistes, et elle a trait à la question de la négociation réalisée avec le patient. On en trouve une confirmation indirecte dans certains entretiens réalisés avec des infirmiers psychiatriques expérimentés. L'un d'entre eux soulèvera certaines de ces conduites d'évitement, qu'il observe lorsque l'administration de médicament parait démesurée au regard du comportement des patients :

Informateur 5*: alors... Ici, enfin heureusement que les médicaments sont que sur prescription médicale parce que je te prie de croire que* (rire)*... Les doses elles seraient vachement plus importantes... Il y a une pression de certains infirmiers pour euh… « Donne-lui quelque chose, mets-lui quelque chose... il va s'énerver là, donne-lui quelque chose, il va s'endormir, je ne le sens pas bien mets lui quelque chose donne lui quelque chose... »*

Question*: parce que ce sont les infirmiers qui sont en première ligne pour gérer le…*

Informateur 5*: Oui, oui. En général*

Question*: ils poussent le médecin à la prescription ?*

> Informateur 5*: Oui voilà, ça arrive assez fréquemment… Alors des fois c'est raisonnable hein… Des fois tu as des médecins qui n'osent pas mettre… tu sens que le mec il est délirant ou que ça chauffe dans sa tête, il faut peut-être lui mettre un peu plus de Xyprexa, mais… C'est très souvent pour des gens dont on, on se dit euh... « S'il ne dort pas, il va nous demander des trucs la nuit à descendre à vouloir fumer à vouloir causer euh... Non donne-lui... Donne-lui un gros cachet pour qu'il dorme quoi, non, faut qu'il dorme... »* (Infirmier psychiatrique)

C'est également ce qu'explique un autre infirmier, qui suggère justement que cette pratique peut porter préjudice à la meilleure compréhension du cas, et donc à la singularisation de la problématique et à l'expression de la plainte :

> Informateur 1 *:* […] *moi ce que je note… Ici moins qu'ailleurs, mais c'est l'intolérance aux symptômes ! Bon, quelqu'un qui est agité, qui crie, qui t'insulte... euh... Même, qui peut même quelques fois être violent avec toi, ben malheureusement... Ça fait partie du métier, d'une certaine façon, et puis c'est surtout des, des symptômes qui euh... Qu'il faut reconnaitre en tant que symptômes... hein* (inaudible)*... Alors c'est sûr que les violences sur personnes, ou les violences euh... euh... Je veux dire euh... auto-agressives… Bon, il faut tout de suite y mettre un terme. Mais quand on entend dire euh... « enculé, fils de putes, petit pédé »... « Qu'est-ce tu viens m'emmerder avec ta piqûre » euh... Et… Bon, tu ne fais pas... un signalement euh... Pour insultes euh... menaces ou autres... Bon, s'il est délirant... euh... il est délirant quoi, tu l'admets... euh... Quelqu'un qui va être un peu... Hypomaniaque euh... Débouler toute la nuit dans le service… Qui va venir te solliciter sans arrêt… Tu n'es pas obligé de le, de le seringuer pour qu'il soit au fond du lit !* (infirmier psychiatrique)

Il n'a pas été possible d'observer, cependant, de telles stratégies d'évitement, sinon au détour de l'entretien. On trouve cependant, lors d'une observation au service A, une mise à distance bien marquée de certains patients dans les discours des soignants. Les soignants discutent d'une patiente sortie contre avis médical, et récidiviste. Elle est considérée comme « pénible ». L'équipe présente une attitude dénigrante à son égard. Elle est sortie d'une unité d'hospitalisation contre avis médical, après une intoxication médicamenteuse. La patiente est prise en charge par l'équipe somatique au SAU. Une fois ses examens somatiques terminés et son état stabilisé, la patiente fera l'objet d'une consultation psychiatrique. L'équipe anticipe son admission au sein du service des urgences psychiatriques, étant donné leur connaissance du dossier. L'infirmière psychiatrique chargée des consultations aux urgences discute avec le personnel des urgences, et leur dit de garder la patiente tant qu'elle n'a pas fini les examens. Elle suggère plus tard, en riant, « *en vrai, j'aimerais bien qu'elle arrive après 20h.* », heure à

laquelle se termine son service. Les soignants expriment, plusieurs fois dans la journée, des marques de distance à l'égard de la patiente : « *il faut qu'on réussisse à l'éviter*. ».

Nous demandons à l'infirmière quel est le problème avec cette patiente. Elle explique que celle-ci est toujours dans la provocation, mais ne se met jamais vraiment en danger. À notre départ, 18h30, au moment de la relève, la patiente n'aura pas été vue. Sans être en mesure d'établir ici une stratégie délibérée du personnel, on constate néanmoins une attitude, plus ou moins active, visant à laisser aux urgentistes le contrôle et la surveillance de la patiente, quand bien même celle-ci sera inévitablement évaluée et probablement prise en charge dans le service.

Certaines formes de désinvestissements peuvent affecter directement la façon dont les professionnels interagissent. Un exemple, tiré du service A, illustre bien les problèmes que peut susciter la prise de distance trop marquée à l'égard d'une patiente dite-chronique :

> **Carnet A.**
> Urgences psychiatriques, le soir. *Un appel d'une dame qui parait très angoissée. L'infirmière d'une cinquantaine d'années semble considérer qu'il s'agit là d'un fait anodin (une annonce familiale qui n'a théoriquement rien d'angoissant ni même de menaçant : l'annonce est même théoriquement positive (on a annoncé à la dame que quelque chose allait bien se passer aujourd'hui). L'infirmière lit son magazine en même temps qu'elle semble visiblement désintéressée par le discours de la patiente. Elle écoute tout de même et lui explique qu'il ne faut pas angoisser à ce sujet. Au bout du fil, la personne demande conseil sur ce qu'elle devrait faire. La conversation dure et l'infirmière s'agace de la garder au téléphone. Elle finit par répondre sèchement à la personne qu'elle doit décider par elle-même, puis lui dit qu'elle a du travail, raccroche le téléphone et se remet à la lecture de son magazine. Elle lance à la salle, dans laquelle il n'y a qu'un infirmier et moi-même, que les gens appellent les urgences pour n'importe quoi. Je lui demande de quoi il s'agissait et elle me répète ce que j'avais déjà compris en écoutant la conversation : la patiente est connue, elle appelle pour une raison jugée illégitime.*
> *Peu de temps après, le téléphone sonne à nouveau et c'est cette fois-ci l'infirmier (la trentaine passée) qui répond. Il s'agit d'une femme qui appelle après avoir réalisé de multiples scarifications à la poitrine. Il décide d'envoyer une ambulance, même s'il n'est pas certain qu'une ambulance aurait été nécessaire, mais la patiente décrivait de grandes plaies et beaucoup de sang. L'infirmière présente (la même que lors du premier appel) réagit en disant « on va tous les avoir aujourd'hui ». Cette patiente est également connue. L'infirmier acquiesce et l'on entend l'infirmière, depuis son magazine, demander si la patiente n'aurait pas pu appeler avant le passage à l'acte, « maintenant, elle est sûre d'être prise en charge ».*

On observe ici clairement une attitude de désinvestissement et de responsabilisation. Quel que soit le moment, le rôle du soignant (répondre et rassurer la permanence téléphonique

malgré l'incongruité supposée de l'appel ou prendre en charge des blessures multiples) n'est jamais pleinement trouvé. C'est ici le patient qui est renvoyé à son insuffisance. Sa plainte est alors jugée inadaptée. Par ailleurs, cette prise de distance n'est pas sans s'exprimer directement auprès du patient : « *Elle finit par répondre sèchement à la personne qu'elle doit décider par elle-même puis lui dit qu'elle a du travail, raccroche le téléphone et se remet à la lecture du magazine* ».

*

Il est difficile ici de percevoir ces formes de désinvestissements, étant donné la nature du travail psychiatrique et la nécessité, pour un observateur extérieur, d'être en mesure de discerner entre des exigences raisonnables du travail (concernant l'administration d'un traitement médicamenteux par exemple) et une volonté du soignant de réduire son degré d'implication. D'autre part, la responsabilité et l'autonomie autorisent mal, ici, les raisons implicites d'un retrait vis-à-vis de certaines conduites suicidaires dans la mesure où les professionnels de psychiatrie ont précisément pour mission de faire valoir et d'accompagner ces aspects problématiques.

Désinvestissements et charge de l'investissement

Ces tensions permettent peut-être de comprendre certaines difficultés rencontrées lors de la mise en place d'un dispositif de prévention de la récidive suicidaire au sein du service A. En effet, ce protocole relatif au suivi des tentatives de suicide prises en charge aux urgences consiste à recontacter de façon systématique, par téléphone ou par courrier, toute personne prise en charge pour geste suicidaire au sein du service. Or, la systématicité de cette démarche est susceptible de rentrer en contradiction avec l'initiative que les professionnelles se prêtent. En effet, l'intégration *systématique* des patients au protocole correspond mal à la démonstration, par les acteurs, de leur compétence de décision et de singularisation des cas. Pour ainsi dire, puisque *tous les gestes de type* suicidaire (IMV, phlébotomie, etc.) doivent être intégrés à la procédure, les professionnels ne peuvent pas démontrer, à ce moment précis de l'intégration au protocole, une capacité à discriminer plus finement les motifs et les ressorts de la problématique du patient. Pour reprendre certains termes mobilisés au cours de l'observation, « c'est une usine à gaz ».

En ce sens, on peut mieux comprendre certaines réserves formulées à l'égard de l'inclusion de certains patients dans le protocole. En effet, comme l'exprime cet infirmier, si le dispositif présente globalement un bilan positif, cette mesure peut être jugée mal adaptée auprès des patients qui font l'objet de multiples demandes de soin :

> Informateur 1 *: Donc euh... Après ... Ce qu'on pourrait reprocher à ça c'est que… Bon c'est protocolisé. Donc il n'y a pas de discernement. Donc ceux qui sont... B… Tu as des critères d'inclusions... Et il y a des patients qu'on connait qui sont... multirécidivistes dans le suicide... Euh... Quelqu'... Souvent, enfin... Chez ces, chez ces patients-là…*
> Question*: quand t'envoies la lettre*
>
> Informateur 1*: ils sont... J'ai l'impression que ça les encourage un peu à ... En même temps, c'est ceux qui font les gestes les moins graves et les mieux contrôlés. Mais pour autant... Ce n'est peut-être pas utile de... Quelqu'un qui se suicide, comme il y en a des fois ils se suici… Ils, enfin, ils font des tentatives de suicide toutes les trois semaines ou tous les mois.*
> Question*: oui*
> Informateur 1*: de les rappeler et leur dire voilà euh... Pfff*
> Question*: parce que souvent ils reviennent, pas longtemps après que ça soit arrivé?*
> Informateur 1*: oui ils reviennent, et puis quelque part, j'ai l'impression que, quelques fois, chez ces patients-là… Alors que ça fait des années qu'ils se suicidaient que personne ne leur demandait pourquoi, machin... Quelque part, on donne de l'importance au geste... On valorise d'une certaine façon le geste... Mais là c'est peut-être aussi nous, il faut qu'on réfléchisse un peu, comment ne pas tomber dans cet écueil-là... Voilà...*
> Question*: c'est… une petite partie ou une grosse partie... ? Des patients qui sont...*
> Informateur 1*: c'est, c'est, c'est une minorité… Une minorité... C'est vraiment, comme ça hein… Avec euh, le peu de recul qu'on a... C'est, moi je dis c'est positif, globalement c'est positif. C'est positif... mais ça mériterait d'être fait avec un peu plus de discernement peut-être...*

Ici, si l'intoxication médicamenteuse volontaire est un critère d'inclusion, l'inclusion systématique des cas de « multirécidive » est susceptible d'imposer aux soignants la mise en place d'une mesure jugée potentiellement inadaptée. On observe dès lors une « perte d'autonomie » dans le rôle du soignant, qui s'adresse précisément à une catégorie de conduite qui fait davantage l'objet d'une certaine distanciation :

> Informateur 11: *Oui, il y a eu un débat, "vous allez recontacter tout le monde euh", « pourquoi ? ». Et puis « il y en a qui te disent j'ai fait ça mais c'était de façon impulsive euh… Ou je les ai revomi » euh... Enfin, on a tout entendu...*
>
> Question: *donc ils considéraient que ce n'était pas forcément une problématique suicidaire ?*

Informateur 11: voilà… Peut-être... Mais, en tout cas, prendre des nouvelles des gens... quels qu'ils soient, même s'ils ne sont pas suicidaires... Je veux dire c'est humain.

Question: *j'avais entendu par exemple que la question de la toxicomanie avait été débattue?*

Informateur 11: *oui... oui*

Question: *parce que ça a pu poser problème?*

Informateur 11: *Bien sûr. Parce qu'il y avait des patients qui prenaient 10 sérestas… 10 sérestas et c'était à visée de défonce...*

Appliquée au dispositif de prévention de la récidive, cette tension permet d'expliquer certaines tensions relativement mineures. Mais, comme on l'a suggéré, cette tension entre implication et mise à distance se cristallise lorsque les difficultés matérielles et organisationnelles portent directement préjudice à la réalisation des exigences professionnelles. Comme dans le cas des urgentistes, une tension fait alors peser sur les professionnels la charge des difficultés de prises en charge.

C'est le cas lors d'une observation menée au sein du service B. En effet, dans ce service, un jeune patient est pris en charge en fin d'après-midi pour alcoolisation et idées suicidaires dans un contexte de difficultés économiques. Le patient est décrit comme agité et a été amené par les pompiers. Son entourage décrit une volonté d'en finir tandis que le patient nie. L'infirmière psychiatrique s'inquiète pour lui, car il pourrait bien nécessiter prochainement d'être attaché parce qu'il est alcoolisé, exigeant et commence à « s'agiter ». Elle pense qu'il ne va « pas tenir » au moment où l'équipe « psy » ne sera plus présente pour pratiquer la contention[36]. Elle choisit d'effectuer elle-même, *à contrecœur – c'est-à-dire à rebours du sens qu'elle accorde à son activité* –, une contention après s'être assurée que le patient comprenne l'objectif de son intervention. Elle procède à la valorisation d'une contrainte contractuelle par anticipation d'une contention ultérieure, plus violente et moins bien négociée – parce qu'effectuée par un personnel non spécialiste dans des conditions plus tendues –, de la part de l'équipe de nuit.

Pour cette infirmière, l'intervention ne correspond pas à l'idée qu'elle se fait d'une prise en charge satisfaisante. Cependant, la contrainte représente ici une traduction de son investissement auprès du patient, dans un contexte où les difficultés d'organisation lui imposent

[36] Rappelons que la nuit, dans le service B, aucun infirmier psychiatrique n'est présent au sein du service.

un choix qu'elle préfèrerait ne pas avoir à faire. *On voit, à travers cet exemple, en quoi l'implication même des soignants les contraint à assumer personnellement les effets non désirés du travail. Il y a ici, selon nous, et comme chez les urgentistes, une importance cruciale de l'autocontrôle de soi pour le bon déroulement de l'activité ; autocontrôle qu'il s'agit d'assumer pour l'acteur, sans quoi il ne saurait être à la hauteur des exigences de sa fonction, quand bien même celles-ci sont irréalisables ou insatisfaisantes.*

En la matière, l'affiliation à l'équipe (compter sur les autres) permet aux intervenants un partage relatif des responsabilités et des initiatives, mais aussi du poids affectif et moral des situations à prendre en charge. C'est le cas, notamment, lorsque les professionnels expriment à travers l'humour les cas qu'ils jugent complexes ou « pénibles » :

> **Carnet A.**
> *L'infirmière reçoit un coup de fil d'une patiente qui n'avait pas fait l'objet d'une hospitalisation et qui le leur reproche. Les membres de l'équipe rigolent en commun de l'attitude considérée visiblement abusive de la patiente.*

L'humour occupe ici plusieurs fonctions. Comme le soulignent souvent les professionnels, il permet d'extérioriser les affects. À ce titre, son usage permet de saisir les réactions les plus négatives, notamment à l'égard des problématiques dont la gestion est difficile, comme le montre l'extrait d'observation suivant :

> **Carnet A.**
> *Une forme de superstition, qui amuse et qui revient souvent dans l'équipe, concerne le fait de ne pas parler de « tel patient » aujourd'hui, au risque de le voir effectivement arriver dans le service dans la journée. Mentionner un patient pénible risque de le faire « magiquement » se manifester le jour même ou le lendemain. C'est une pseudo-croyance, dans la mesure où tout le monde utilise l'humour pour marquer la dérision de cette idée. Cependant, tout le monde s'y réfère quand un patient « pénible » connu arrive, ou quand quelqu'un en mentionne un.*

On trouve, dans cet extrait, une sorte de « pseudo-croyance » qui manifeste l'idée qu'il existe des faits que l'on ne maitrise pas, ou seulement difficilement. On les conjure par l'humour, par la magie de l'énonciation, qui assure une compréhension mutuelle des situations, de leur gravité et de leur difficulté. On retrouve ainsi, dans l'humour, la violence des tensions qui affectent au quotidien les professionnels et qui s'expriment parfois avec plus de vigueur dans certaines situations exceptionnelles :

Carnet A

Bureau central. *Un patient, connu du service, vient régulièrement pour IDS et TS. Il est fréquemment en demande d'hospitalisation, ce qui peut mettre en difficulté les soignants. Son rapport à l'institution est complexe. Le patient est actuellement aux urgences et il a vécu un incident grave. Le personnel a d'abord pensé qu'il s'agissait d'une TS. Certains membres de l'équipe rigolent et un des médecins dit qu'il l'a probablement cherché : « il est sorti, il a du faire chier quelqu'un parce qu'il n'était pas content de ne pas être hospitalisé et il est tombé sur la mauvaise personne ». Plusieurs personnes rigolent, et on peut entendre des phrases d'une certaine satisfaction « ça lui apprendra », sur le ton de l'humour. Un membre de l'équipe dit que cela semble tout de même grave : « c'était peut-être l'un d'entre nous qui ne supportait plus de le voir ».*

On repère, dans cet extrait, l'ambiguïté des positionnements. En effet, on trouve une distanciation marquée à l'égard d'un patient connu et jugé pénible (« *ça lui apprendra* »). Mais, dans le même temps, les professionnels demeurent investis dans un cas qui ne relève pourtant pas de leur compétence (la prise en charge ne les concerne pas, pour le moment du moins). On trouve ainsi, dans un même jugement porté sur le cas, la force d'une tension qui signe à la fois l'inquiétude et la distance, le désengagement et la responsabilité (« *Un membre de l'équipe dit que cela semble tout de même grave : « c'était peut-être l'un d'entre nous qui ne supportait plus de le voir » »*).

L'affiliation contribue, ici, à la consolidation d'un sentiment de sécurité nécessaire pour que l'activité se poursuive. Un infirmier expérimenté rapporte ainsi l'importance de l'affiliation à l'équipe lors de ses premiers jours dans le service. En effet, le jour de son arrivée dans l'unité, un suicide a lieu dans la chambre d'un patient. *Ses collègues l'aident alors à mesurer le caractère exceptionnel de l'événement, si bien qu'une certaine distance s'établit vis-à-vis des problématiques suicidaires, précisément par le jeu de la catégorisation de ces conduites*. Un médecin psychiatre explique également le rôle joué par l'affiliation par l'équipe en cas de difficultés :

Informateur 24 : […] *Donc une bonne cohésion d'équipe c'est hyper important.*

Question: *Ça permet quoi?*

Informateur 24*: bah de se sentir... de se sentir pas tout seul. De se sentir soutenu, de pouvoir échanger quand il y a des situations problématiques, des cas un petit peu lourds... Ou quand ça arrive, régulièrement on a des conflits parfois avec les patients, avec les familles, parfois avec le SAU, avec l'hôpital psychiatrique... On n'est pas tout seul quoi. On sait qu'il y a une équipe avec nous, on n'est pas tout seul. Et puis par rapport au patient, puis des fois quand c'est lourd moralement parce que c'est une*

situation difficile, que les gens vont mal que... Et ben on en parle. On va dans le bureau infirmier on en parle... Au temps de midi, sur les temps informels on discute, parfois on discute de tout et n'importe quoi, mais parfois on discute des trucs qui ont été difficiles pour nous. (Médecin psychiatre, femme)

*

Comme pour les urgentistes, la question de l'adaptation de la réponse psychiatrique vis-à-vis des conduites suicidaires est difficilement réductible à un modèle déterminé. Elle révèle cependant certains principes valorisés du travail psychiatrique. Or, cette valorisation de l'autonomie et de la responsabilité, que les professionnels adressent aux patients pris en charge lorsqu'ils estiment cet objectif réalisable, et donc désirable, constitue l'exigence même qui conditionne la bonne réalisation du soin. Dès lors que ces exigences sont irréalisables et que les tensions qui en résultent sont insuffisamment maitrisées, les professionnels sont alors soumis aux mêmes problématiques que les patients dont ils ont la charge. L'importance du *burn-out* et du suicide dans le domaine psychiatrique n'est pas sans lien avec les difficultés de gestion de ces tensions (Estryn-Behar *et al.*, 2011).

On sait, à ce propos, que la mauvaise qualité du travail d'équipe ainsi que la difficile gestion entre vie familiale et vie professionnelle aggrave fortement ce risque de *burn-out* dans les professions de santé (Estryn-Behar et al., 2011) :

« *Les insuffisances de travail d'équipe, de communication et de partage des décisions dans un environnement stressant apparaissent comme des facteurs clés du turnover des soignants. L'autonomie, le contrôle sur son travail, la reconnaissance des compétences ainsi que les relations entre infirmiers et médecins sont des critères d'un environnement professionnel favorable.* » (Estryn-Behar et al., 2011 : 114)

Estryn-Behar et ses collègues notent, par ailleurs, que la relation au patient dans le travail psychiatrique exige de la part des professionnels des investissements particulièrement conséquents. Dès lors, l'affiliation à l'équipe se veut déterminante :

« *Dans notre étude, la charge de travail des psy a été mise en évidence par une déclaration fréquente, particulièrement préoccupante pour des psychiatres, de ne pas avoir assez de temps pour parler aux patients. On constate aussi chez eux une prise insuffisante de pauses-repas et un manque de sommeil en période de travail. Si, malgré des contraintes évidentes qui ont été mesurées, les psychiatres n'apparaissent pas plus exposés à l'épuisement professionnel général que les médecins de l'échantillon représentatif (mais leur épuisement lié au patient est plus fréquent) on peut alors poser l'hypothèse d'un*

> *métier qui comporte une place de l'élaboration collective plus affirmée. En jouant un rôle protecteur, cette dimension collective s'exprime en référence à une organisation d'équipe et à une tradition héritée de la « psychiatrie institutionnelle ».* » (Estryn-Behar et al., 2011 : 114)

C'est bien ici d'un décalage entre certaines aspirations formées à l'égard du rôle de soignants et la capacité à satisfaire ces exigences, dans un contexte contraignant, sinon violent, qui favorise l'émergence, chez certains professionnels, d'une souffrance aux expressions multiples. Blond (2016) indique que 7 psychiatres sur 10 expriment un sentiment d'épuisement professionnel et une consommation d'antidépresseurs plus importante qu'en population générale, le plus souvent en auto-prescription. Les raisons assignées à cette situation convergent avec les propositions ici présentées :

> « *Les résultats de cette étude permettent d'y voir plus clair quant aux hypothèses sur les causes possibles de souffrance psychique chez certains psychiatres. D'une part, les attentes, conscientes ou inconscientes, vis-à-vis de ce métier, peuvent ne pas ou ne plus être comblées. D'autre part, des facteurs environnementaux peuvent grandement participer à l'apparition d'une souffrance au travail : stress excessif, pression temporelle élevée, conflit vie professionnelle/vie privée, poids de l'administration et de l'administratif, exigence croissante des patients, violences de la part de certains d'entre eux…* » (Blond, 2016 : 636)

Résumé

Comme pour les urgentistes, nous avons tenté de cerner certains traits qui président au fonctionnement du travail psychiatrique aux urgences. Il s'est agi de mettre en exergue les objectifs valorisés du soin et de saisir comment ces objectifs peuvent être menés à bien. Suggérant que l'enjeu du travail se situe dans une tension entre la sécurisation des suicidants et la valorisation d'une autonomie de l'individu, nous avons tenté de décrire comment une négociation s'opère dans le cours de l'activité. Cette négociation permet de faire valoir la capacité d'autodétermination des patients sans remettre en cause les objectifs de sécurisation. Cette tension constitue, à notre sens, un enjeu pour les professionnels et pour la bonne réalisation de leur rôle de soignant, dans des contextes où le temps et les moyens représentent des contraintes importantes. La singularité des situations prises en charge suscite des ajustements nécessaires afin d'adapter la réponse donnée à ces problématiques hétérogènes. L'incertitude du déroulé de cette prise en charge ne peut être conjurée que par une organisation précise des informations et une connaissance suffisante des options disponibles, mais également une négociation complexe avec les patients, permettant de s'assurer un accord sur la continuité du soin et ses modalités d'accomplissement. La difficile négociation de la situation, et l'incertitude de celle-ci, font du travail psychiatrique aux urgences une gestion permanente de tensions qu'il s'agit de maitriser au mieux.

Nous avons observé que certaines situations mettent davantage en jeu ces tensions, dans la mesure où la *posture* de certains patients peut susciter des difficultés plus importantes pour les soignants – difficultés qui sont susceptibles de provoquer des réactions négatives de la part des professionnels. Comme chez les urgentistes, la fréquence des interventions auprès de ces cas laisse supposer une remise en cause du rôle de l'institution, mais encore de la qualité et de la pertinence du rôle des soignants. Comme chez les urgentistes, certaines mises à distances plus marquées sont susceptibles d'émerger dans le déroulé de la prise en charge. Celles-ci peuvent s'observer lorsque les modalités d'intervention tendent à fragiliser les objectifs valorisés par les professionnels auprès de certains cas. Mais, au contraire des urgentistes, pour qui l'investissement dans la dimension relationnelle ne constitue pas une priorité, cette dimension est moins malléable en psychiatrie. Il s'agit, dès lors, pour les professionnels, d'assumer la charge de ces tensions. Celle-ci pourrait bien favoriser des formes de souffrances professionnelles, dont la littérature décrit bien les expressions.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Analyser les conduites suicidaires à travers les lunettes de l'individu souverain n'a rien d'évident. En effet, la question de l'individualisme est souvent entendue comme un phénomène diffus de décomposition du lien social et des règles présidant à l'ordre des relations en société. C'est la lecture qu'il est possible de faire du travail de Durkheim (2007). Celui-ci suggère bien un effet de désagrégation du lien social, dont la neurasthénie ou le suicide seraient des indicateurs pertinents :

> « *Ainsi se forment des courants de dépression et de désenchantement qui n'émanent d'aucun individu en particulier, mais qui expriment l'état de désagrégation où se trouve la société. Ce qu'ils traduisent, c'est le relâchement des liens sociaux, c'est une sorte d'anesthésie collective, de malaise social comme la tristesse individuelle, quand elle est chronique, traduit à sa façon le mauvais état organique de l'individu.* […] *Si individualisé que chacun soit, il y a toujours quelque chose qui reste collectif, c'est la dépression et la mélancolie qui résultent de cette individuation exaspérée. On communie dans la tristesse, quand on n'a plus rien d'autre à mettre en commun* » (Durkheim, 2007 : 229-230).

Patrick Pelège suggérait récemment, dans son « Point de vue sociologique sur la question du suicide » (Pelège, 2013), qu'aujourd'hui le lien social et la capacité des individus à intérioriser la loi commune se dégradent, entrainant, dès lors, davantage de difficultés :

> « *L'anomie, c'est une position sociale ou personnelle qui est en dehors du* nomos, *de la norme et de la loi ; c'est l'exact opposé de* l'auto-nomos, *de l'autonomie qui consiste à intérioriser en soi la norme, la loi symbolique et sociale du monde, c'est-à-dire la contrainte du monde, la contrainte de l'autre* […]. *Nous pouvons observer que le suicide anomique et l'état d'anomie sont de plus en plus présents dans notre société, car s'il est vrai que les moyens de communication se répandent notre société engendre des failles dans ce qui relève de la communauté des hommes et produit ce que les sociologues Alain Ehrenberg et Robert Castel appellent dans leurs travaux de « l'individualisme négatif* » (Pelège, 2013 : 18).

Mais, c'est une autre perspective, une autre lecture, que nous avons ici déployée. Au contraire de la thèse d'une « montée de l'individualisme » comme effacement des règles et absence de liens, il y aurait en réalité l'institutionnalisation d'un nouveau modèle normatif, faisant de *l'action autonome* un idéal partagé (Ehrenberg, 1998). La conduite suicidaire naitrait, ici, du désajustement entre des aspirations socialement légitimes et la possibilité de réalisation de ces exigences (Cousteaux & Pan Ké Shon, 2008). Nous avons fait le pari de comprendre les conduites suicidaires contemporaines comme la déclinaison de cette difficulté, à l'aune du

processus d'individualisation. À travers une diversité de motifs et d'objectifs, ces conduites viendraient marquer ici l'*impossibilité* à agir en tant qu'individu.

*

* *

Pour apprécier les effets concrets de l'individualisation sur la suicidalité contemporaine, nous avons interrogé les données chiffrées relatives au suicide et aux tentatives de suicide. Il a d'abord fallu, en la matière, s'assurer que les propriétés de ces deux phénomènes autorisent la comparaison et que ceux-ci trahissent, sous des expressions différentes, un enjeu commun. Ici, les données suggèrent que, malgré les variations caractéristiques de chaque phénomène (en matière d'âge et de sexe notamment), les populations concernées n'apparaissent pas exclusives l'une à l'autre. D'autre part, les variations des taux de tentatives de suicide, disponibles depuis une période récente, présentent des similarités non négligeables avec celles du suicide : le renforcement des taux dans les âges du milieu de vie indique, à ce titre, une évolution comparable. Enfin, les différences observées, notamment en matière de sexe, trahissent l'existence d'un modèle culturel favorisant l'adoption de certaines méthodes plus violentes chez les hommes ainsi que l'engagement dans des logiques plus radicales. Cependant, ici, les sens visés dans les tentatives de suicide et dans les suicides demeurent proches (Baechler, 1975, 1980). Sans confondre suicide et tentative de suicide, leur comparaison n'est pas simplement possible, mais souhaitable. Ce rapprochement laisse espérer, en effet, une vision moins partielle du phénomène suicidaire.

L'analyse des facteurs sociaux et économiques affectant ces deux expressions de la suicidalité suggère, à ce titre, que celle-ci est traversée par les transformations importantes qui ont recomposé l'espace social dans le cours du XX^{ème} siècle. À travers l'étude du suicide, d'abord, nous avons montré que l'hypothèse d'un affaiblissement global et continu du lien social ne permettait pas de rendre compte des évolutions du phénomène au XX^{ème} siècle. On a suggéré, au contraire, que la croissance du suicide paraissait davantage liée à l'impossibilité, pour les acteurs, à satisfaire les aspirations sociales, culturelles et économiques qui caractérisent la période dans laquelle ils s'inscrivent. Dès lors, l'exceptionnelle modération des taux de suicide au cours des Trente Glorieuses fait pendant aux extraordinaires opportunités économiques qui ont favorisé, durant cette période, certaines classes d'âges. La croissance intense du suicide qui suit cette période s'entend également par la dégradation, dans un contexte

économique en pleine transformation, des bénéfices tirés de l'emploi. L'aspiration à se réaliser dans le travail, la satisfaction tirée de l'activité, la valorisation personnelle liée à la participation et à la position au sein de l'espace productif… ces attentes à l'égard du travail, et les impératifs et contraintes qui les traversent, deviennent de plus en plus complexes à assurer pour une frange plus grande de la population. C'est en tout cas l'interprétation qu'on a souhaité étayer. Le contexte culturel, qui valorise l'initiative individuelle et qui fait davantage peser sur l'individu la responsabilité de ses échecs, parait structurant pour saisir les formes contemporaines de la souffrance, et notamment dans ses expressions les plus violentes (Dejours & Bègue, 2009). S'ajoute, au cours de cette période, une transformation du modèle familial, caractérisée notamment par un renforcement des attentes envers la filiation et une souplesse nouvelle des unions. Si elle ne constitue pas une déstructuration du lien social en soi – bien au contraire –, elle pourrait bien favoriser pour certains des difficultés nouvelles qu'il s'agit de comprendre au regard des ressources des acteurs.

Sans réduire le travail à la recherche d'une réalisation personnelle, sans le réifier au rang de seule source de satisfaction et sans dépeindre un tableau catastrophiste de ses évolutions, les attentes à son endroit suscitent des difficultés nouvelles qui sont davantage entendues comme une défaillance proprement personnelle. De même, les transformations de la famille, qui ne sauraient se résumer à une disparition de l'institution familiale, suscitent des tensions où la valeur personnelle des acteurs parait plus engagée dans une relation qui *se veut* plus intime et plus authentique. Ce sont ici des zones de tensions qui se déplacent, et non un effacement progressif de l'ordre social.

En mobilisant de façon conjointe les données relatives au suicide et aux tentatives de suicide, et disposant d'enquêtes plus qualitatives, les enjeux contemporains de la suicidalité apparaissent peut-être plus distinctement. L'étude des tentatives de suicide décrit, plus finement, l'effet destructeur du chômage, de la pauvreté et de la précarité sur les chances de survenue d'une conduite suicidaire. Mais ce n'est pas simplement l'inégalité et l'exclusion qui déterminent les taux de conduites suicidaires. La faible autonomie dans le travail, l'intensification des tâches et l'exigence d'implication personnelle fragilisent les travailleurs les plus précaires, dans ces contextes qui ne satisfont pas à l'exigence de réalisation de soi et où aucun soutien n'est disponible. Les transformations du travail et de la famille, leur individualisation, n'apparaissent pas à tous, et en tout point, comme un engrenage destructeur. Cependant, des désajustements se font jour en raison du degré de satisfaction des aspirations

contractées. L'inactivité et la précarité de l'emploi semblent devenir des sources de plus en plus importantes de tensions chez certaines femmes à mesure que leur participation productive est de plus en plus normalisée. L'insertion professionnelle et la gestion vie professionnelle/vie privée favorisent chez certaines la limitation des aspirations en matière de travail, sinon le retrait de l'emploi, parfois dans des contextes familiaux violents ou coercitifs qui remettent en cause l'investissement propre des acteurs dans quelque dimension de leur vie.

*

* *

Au-delà des événements de vie individuels (séparation, perte d'emploi, manque d'avancement, ruine, éloignement familial, conflit familial, etc.), c'est des transformations et des contraintes collectives dont il s'est agi de mesurer l'effet sur la suicidalité. Nous avons voulu mettre en lumière l'importance de l'individu, la promotion de sa capacité d'autodétermination, de son authenticité et de sa responsabilité. Il ne s'est pas agi, ici, d'attribuer à l'individualisation les raisons profondes d'un soi-disant déclin des sociétés modernes, ni d'ailleurs de rendre grâce à la liberté nouvelle qu'elle procure. Nous avons voulu montrer le poids que ces exigences font peser sur les acteurs, recomposant dès lors les ressorts de la suicidalité contemporaine en déplaçant certaines zones de tensions. L'individualisation crée, comme d'autres systèmes de valeurs ne connaissant pas – ou peu – la prééminence de l'individu, des bénéfices et des dettes à l'endroit de ceux qui composent, dans le cours de leur vie, avec les normes et les sensibilités de leur temps. C'est une nouvelle économie du suicide que nous avons souhaité mettre en lumière, où la question de l'autodétermination est structurante.

Cette revue de la littérature bute cependant sur des limites importantes. D'une part, si l'approche statistique permet de mettre en lumière des processus centraux qui ne sauraient être appréhendés autrement, les problèmes relatifs à la fiabilité des données et à leur cohérence amènent à certaines réserves quant à la validité des relations établies et à leur interprétation. D'autre part, à l'aide d'outils sophistiqués permettant de départir précisément le poids de chaque variable explicative dans les chances de survenue du phénomène, l'analyse statistique risque d'attribuer de façon trop péremptoire – et non structurée – une hiérarchie de facteurs contributifs. Sans nécessairement cerner la logique complexe de ces relations, elle est susceptible d'évacuer ou de minimiser des composantes centrales du processus. Enfin, malgré

la mobilisation de variables qualitatives, la question du sens de la conduite suicidaire, et des logiques d'action qui en découlent, fait davantage l'objet d'interprétations *ad hoc* qui ne rendent pas raison de la compréhension propre des acteurs concernés, de leur diversité, de leur capacité propre d'arbitrage sur le monde et de leur ambivalence. Nos propositions relèvent ici des mêmes critiques : elles constituent donc davantage des pistes de travail que des réponses structurées.

C'est pourquoi nous avons construit notre enquête de manière à disposer d'un matériau qualitatif permettant à la fois de réduire la diversité et la complexité du phénomène suicidaire, et d'explorer les trajectoires singulières de personnes ayant tenté de se suicider ainsi que les motifs et la logique de leur conduite. Cette démarche, fondée sur l'analyse par entretien de personnes suicidantes, a récemment démontré sa pertinence. Dans le même temps, il s'est agi de saisir les réponses apportées aux conduites suicidaires contemporaines, en s'intéressant à leur prise en charge médicale, hypothèse étant faite, ici, que le processus d'individualisation qui parait façonner de façon nouvelle la conduite suicidaire traverse également les réponses qui lui sont apportées. La rencontre de l'univers des urgences avec les tentatives de suicide constitue alors un point de vue privilégié pour l'analyse de cette individualisation croissante. Notre enquête a-t-elle permis de rendre compte de ces questionnements ?

*

* *

Si l'analyse de trajectoires suicidaires n'a pas été possible, celle de la rencontre de ces conduites avec l'univers des urgences a permis d'éclairer certains aspects de notre problématique. On a d'abord relevé un processus structurant l'activité de ces services, en analysant les modes de classement implicites qui traversent le travail des urgentistes. Ce type de classification n'a ici rien de nouveau, et la sociologie et l'anthropologie ont depuis longtemps montré comment le contrôle de la clientèle, la nécessaire anticipation des situations et la catégorisation des malades permettaient une gestion des tensions dans l'accueil et le soin. Cette partition consiste en une désignation de certaines qualités du patient, à l'aune des exigences et priorités de l'activité ainsi que des ressources disponibles pour les acteurs. Elle conditionne le traitement attendu de certaines situations, notamment en période de forte activité, lorsque le temps alloué à l'exécution du travail doit faire l'objet d'une gestion serrée.

Nous avons ainsi décrit une économie du temps qui favorise certaines logiques et organisations du travail, structurant ainsi une *tendance collective*. À ce titre, notre analyse se

veut réductrice, et accorde peu de place à la diversité des réactions des soignants et davantage à la question de la légitimité de l'ordre collectif. Analysant la dynamique des relations aux urgences, Vassy (2004) a montré que les attitudes observées à l'égard des « pauvres » ne se résumaient pas à un rejet systématique et unanime de la part des soignants. Elle souligne, notamment, l'attitude de certains d'entre eux, faisant valoir la situation sociale ou économique de la clientèle précaire pour favoriser leur prise en charge :

> « *Certains professionnels revendiquent la mission sociale de l'hôpital. Ils sont prêts à donner la priorité à des personnes qui disent avoir des problèmes économiques et sociaux. Une infirmière, par exemple, donnera la priorité à la mère d'un enfant, qui dit être au chômage et avoir un rendez-vous avec un employeur dans une heure.* » (Vassy, 2004 : 70)

Cependant, cette initiative s'opère bien en dépit d'une logique et d'un contrôle collectifs à l'égard de ces situations :

> « *D'autres professionnels critiquent cette attitude car elle risque de nuire à des malades qui attendent pour des problèmes de santé plus graves. Ils sont partisans de ne pas modifier l'ordre de priorité fondé cliniquement, mais ils savent aussi que les problèmes socio-économiques peuvent rendre la réussite du traitement aléatoire.* […] *Enfin, un dernier type de professionnels ne tient pas compte des problèmes sociaux car il considère que ce n'est pas de son ressort. La lassitude devant certains malades qui reviennent régulièrement dans le service les amène à déclarer qu'ils ne devraient pas être traités aux urgences. Parfois certains patients sans protection sociale ou titre de séjour sont renvoyés ds l'accueil vers un service social pour règlement de leur situation administrative avant réalisation des soins.* » (Vassy, 2004 : 70)

Or, la logique de classement que nous avons proposée met en lumière un schème de perception *latent*, faisant de l'autonomie et de la responsabilité un référentiel du jugement porté sur les conduites suicidaires. Sans systématiquement susciter le rejet ou la distance, et sans nécessairement dégrader la prise en charge médicale – qui demeure une exigence réglementaire première –, cette rencontre entre tentative de suicide et soin révèle une tension qui se nourrit au principe de l'individualisation, et où l'attribution de responsabilité est susceptible d'émerger de façon saillante dans les cas qui suscitent effectivement certaines difficultés en raison du contexte de soin.

L'étude des enjeux du travail psychiatrique aux urgences confirme cette centralité de l'autonomie, sous des traits cependant différents. En effet, la spécificité de ce travail psychiatrique tient en l'évaluation et l'accompagnement de l'initiative et de la réflexivité du

patient, dans une situation de « crise » qu'il s'agit de maitriser. Ici, l'autonomie n'est pas simplement une référence structurante : elle constitue un objectif explicite et une propriété sur laquelle agir. Le travail psychiatrique s'attache ainsi à résoudre une tension entre la sécurisation des situations de « crise » – responsabilité première de l'institution et de ses agents – et la valorisation explicite d'une adhésion, d'une confiance et d'un investissement personnel de la part du patient – condition nécessaire permettant la bonne réalisation du travail et la sécurisation de la personne.

La maitrise de cette tension s'observe bien dans la négociation difficile de la prise en charge. Celle-ci vise à établir, à l'aune d'une rencontre incertaine et complexe avec la plainte du patient, la meilleure orientation au regard des ressources disponibles. L'autonomie parait alors explicitement pensée *au service* de la prise en charge, et cette exigence s'opère à travers un travail de construction complexe et collectif des cas, dans un contexte aux contraintes multiples. On retrouve ici l'attribution de responsabilité et certains jugements portés sur la capacité d'implication des patients dans certains cas complexes qui mettent en jeu les exigences du soin psychiatrique.

Ces résultats suggèrent que l'autonomie contribue à instituer un certain type de relations sociales, observable dans le déroulé du travail de soin. Cette autonomie peut s'avérer conflictuelle, difficile à mettre en œuvre, sinon impossible, et ce, dans des contextes aux contraintes importantes. La dynamique des relations exige des soignants, comme des patients, un travail spécifique de négociation et de compréhension, qui n'est pas entendu à l'avance, mais qui ne se constitue pas non plus de toute pièce dans le cours des interactions. L'autonomie participe ainsi à l'organisation de l'action et au jugement porté sur le monde. Pour le dire autrement, *les termes socialement partagés qui permettent de désigner et d'agir socialement sur le suicide et les tentatives de suicide se réfèrent bien à la question de l'autonomie*.

Mais cette analyse permet-elle d'attribuer à l'individualisation la centralité qu'on voulait lui prêter à l'égard du processus suicidaire *lui-même* ? Autrement dit, les principes ici relevés dans le travail des urgentistes, comme dans celui des urgentistes psychiatriques, font-ils la *preuve* d'une *centralité* de ces exigences individualistes dans la *constitution* même des problématiques suicidaires ? La posture même des patients traduit-elle clairement, ici, les enjeux des conduites suicidaires ? Les difficultés suscitées par la question de l'autonomie, si

elles affectent la prise en charge, et notamment pour les problématiques suicidaires les plus ancrées, pourraient démontrer la centralité de cette tension pour les patients eux-mêmes.

Cependant, la mise en évidence de ce rapport est peut-être plus claire en ce qui concerne les professionnels. Si l'autonomie est ici importante dans le déroulé de la prise en charge, on a suggéré qu'elle exerce des tensions directement auprès des agents chargés d'accueillir les tentatives de suicide. En effet, si la dévalorisation de certaines situations et la prise de distance rendent plus complexes certains cas de prise en charge, c'est parce que s'exerce sur les professionnels une exigence d'implication qui fonde leur rapport à l'activité. Or, pour les urgentistes comme pour les urgentistes psychiatriques, charge leur est réservée d'assumer les tensions liées à cette injonction, dans un contexte aux contraintes importantes, pouvant porter préjudice à la bonne réalisation du soin. Nous suggérons ici que ces tensions ne sont pas sans rapport avec l'importance de la suicidalité chez les professionnels de santé.

Au regard du taux élevé de suicide dans les professions de santé – mais également dans le secteur de l'action sociale – la question des tensions suscitées par l'autonomie constitue une piste intéressante. La question du travail et de ses rapports au suicide, comme le soulignent Dejours et Bègue (2009), parait inédite au vu des transformations de l'organisation et de la gestion de celui-ci depuis les années 1990 (Baudelot & Gollac, 2003; Boltanski & Chiapello, 1999) : un symbole marquant est celui du suicide sur le lieu de travail qui, depuis la fin du XX^{ème} siècle, se pose de façon nouvelle (Dejours & Bègue, 2009). Or, comme on l'a dit, ces transformations du travail, des attentes à son endroit et de la capacité des acteurs à gérer ces nouvelles contraintes ne sont pas secondaires dans les métiers du soin aujourd'hui (Belorgey, 2010; Bouville & Trempe, 2015). Sans pouvoir exposer dans toute sa complexité la relation entre suicide et travail dans les professions de santé, l'individualisation préside ici à la constitution de certaines tensions vécues par les professionnels, dans la gestion difficile de leur investissement, dans la démonstration d'une compétence personnelle à gérer les exigences parfois contradictoires de l'activité et, *in fine,* dans le retentissement que cette réalisation de soi spécifique au travail de soin peut avoir sur l'acteur.

Dejours et Bègue (2009) notent, à ce titre, le caractère d'alerte du suicide dans sa relation avec le travail :

> « […] *un seul suicide sur les lieux de travail, ou manifestement en rapport avec le travail, signe la déstructuration en profondeur de l'entraide et de la solidarité, c'est-à-dire une dégradation avancée du vivre ensemble dans toute collectivité.* » (Dejours & Bègue, 2009 : 20)

Et l'auteur de rappeler l'interdépendance des dimensions professionnelles et privées :

> « […] *du point de vue psychique comme du point de vue social, la séparation entre travail et hors travail relève d'une conceptualisation erronée. Le travail, dans tous les cas cliniques étudiés par la psychopathologie du travail, a des incidences majeures sur l'économie des relations dans l'espace privé.* […]. *De sorte que, en fin de compte, nombre de conflits insolubles dans l'économie des relations domestiques trouvent en fait leur origine dans les contraintes imposées au psychisme des deux partenaires du couple par le rapport au travail.* » (Dejours & Bègue, 2009 : 30-32)

Aussi, si les tensions au cœur de l'activité ne sauraient rendre compte, seules, de la suicidalité des soignants, elles participent pleinement de la souffrance de ces derniers. Les interrogations professionnelles relatives au mal-être et à la suicidalité dans le milieu soignant (Fabregas, 2017) ont, à ce titre, récemment motivé des initiatives de prise en charge spécialisée en matière de santé mentale des personnels de santé (Infosuicide, *s. d.*). L'étude des enjeux de cette prise en charge serait ici particulièrement intéressante.

*

* *

Pour conclure, il n'est pas inutile de revenir sur l'évolution à la baisse des taux de suicide et de tentatives de suicide depuis les années 1990. Si l'analyse du suicide, comme le suggèrent Baudelot et Establet (2006), nous instruit davantage sur l'état de la société que sur le suicide lui-même, que nous apprend cette diminution surprenante des taux ? On peut souligner quelques éléments d'explication qu'il conviendrait d'explorer plus avant.

En 1995, Surault suggérait deux hypothèses complémentaires pour éclairer la baisse globale des taux de suicide. Premièrement, il proposait, comme on l'a déjà noté, une recomposition des rapports sociaux au sein de l'espace familial, et un renforcement de leur rôle protecteur :

> « *On peut imaginer que l'accroissement des difficultés économiques et familiales a contribué à renforcer des réseaux de parenté remodelés, dans un premier temps déstabilisés et déstructurés par le bouleversement du paysage familial, auquel ils se seraient progressivement adaptés* » (Surault, 1995 : 1005-1006).

La cohésion sociale serait alors devenue, selon Surault, plus solide au rythme d'une adaptation des individus face aux transformations du modèle familial. L'autonomie, ici, constituerait l'un des principes de cette adaptation, rendant possible une nouvelle forme de solidarité :

> « *En réalité, on peut considérer que le renforcement de la cohésion sociale, dont attesterait la rupture dans l'évolution du suicide, ne tient pas seulement à celui du lien familial mais aussi à l'émergence, rendue possible par l'autonomie acquise dans le cadre familial (notamment par les femmes), de nouvelles appartenances. Outre celles déjà évoquées, Maffesoli met ainsi en évidence la multiplicité de réseaux d'appartenance, de micro-groupes, de «tribus», instables et éphémères, qu'il oppose aux «grandes machineries institutionnelles ou idéologiques» dans lesquelles on ne se reconnaît plus: «face à l'adversité externe, on élabore d'autres manières de se reporter à l'autre, sur une base affectuelle plutôt que contractuelle», «l'idéal communautaire» tendant à se substituer à «l'idéal démocratique»* » (Surault, 1995 : 1005-1006).

Et l'autonomie s'inscrit effectivement dans ces transformations qui affectent le domaine privé. L'initiative, l'autonomie, la compétence et la responsabilité parentale représentent des composantes centrales des débats qui ont récemment animé la mise en œuvre des interventions en matière de soutien à la parentalité (Boisson, Delannoy, & de Jessey, 2008; Neyrand, 2007b; Quentel, 2008 ; Delawarde *et al.*, 2016). Reste à démontrer, cependant, que ces nouveaux arrangements sont au principe de cette baisse des taux de suicide, ce qui est loin d'être acquis.

La deuxième explication proposée par Surault concerne une autre forme d'adaptation aux transformations de la seconde moitié du XX^{ème} siècle. Pour l'auteur, les facteurs générateurs de suicides susciteraient aujourd'hui davantage une attitude de résignation, de fatalisme. Cette notion n'est pas loin de ce que Bajoit a nommé l'apathie. Bajoit (1988) suggérait en effet que, en situation d'insatisfaction et de mécontentement, quatre types de réactions individuelles sont possibles : la défection, la protestation, la loyauté ou l'apathie. C'est le contexte, ici, qui favorise une tendance générale dans les choix adoptés individuellement. Or, Surault suggère précisément que cette résignation serait rendue possible par une adaptation médicalisée et psychiatrisée.

En la matière, la relation entre gestion de la santé mentale et baisse des taux de suicide ne dément pas la centralité de la prise en charge des troubles mentaux, comme le suggéraient récemment Baudelot et Establet (2018). L'enquête de Gusmão *et al.* (2013) montre en effet que la consommation d'antidépresseurs et les taux de suicide en Europe sont corrélés négativement sur une période allant de 1980 à 2009. L'étude couvre 29 pays européens sur près de 30 ans,

contrôlant le revenu intérieur brut par habitant, la consommation d'alcool, l'emploi et le taux de divorce. Cette diminution globale des taux de suicide s'observe dans la grande majorité des pays depuis la fin des années 1980 et le début des années 1990 ; il ne s'agit donc pas d'une exception française. Une interprétation sociologique de cette relation, qui ne s'en tiendrait pas à l'efficacité de la médication, pourrait suivre cette proposition de Surault en matière de fatalisme, considérant qu'il y a là une construction progressive d'un contexte favorisant des formes médicalisées d'apathie. Mais s'agit-il ici d'une réponse satisfaisante ?

Il conviendrait d'explorer les logiques propres aux acteurs et les singularités de leur position pour mieux saisir les ressorts de ces évolutions. Si la baisse du suicide reste difficile à saisir, ses caractéristiques sont connues : si la baisse des taux est globale et s'observe à presque tous les âges, les écarts relatifs dans ces évolutions sont très différents et pourraient traduire des logiques divergentes. Est-il permis ici d'analyser la diminution des taux chez les plus âgés comme une forme d'apathie, de résignation médicalisée ? La baisse des taux de suicide chez les jeunes se comprend-elle dans les mêmes termes, ou traduit-elle au contraire un certain optimisme de la jeunesse ? La stagnation des taux de conduites suicidaires dans le milieu de vie trahit ici des tensions qui ne laissent pas de fragiliser cette période de vie, ou à tout le moins qui ne se résorbent pas autant que pour les autres classes d'âges. Et encore cette partition des logiques par période de vie est-elle trop linéaire. L'étude des trajectoires sociales singulières et la prise en compte de la compréhension propre aux acteurs mériteraient une attention toute particulière du sociologue, et pourraient apporter des éléments décisifs pour la compréhension des tendances observées[37]. Si elle présente des difficultés importantes pour la sociologie des conduites suicidaires, l'analyse qualitative de la suicidalité contemporaine n'en demeure pas moins une approche qui nous apparait plus que jamais nécessaire.

[37] A défaut de données satisfaisantes, les quelques cas que nous avons pu recueillir suggèrent des pistes intéressantes (voir les annexes pour quelques exemples).

BIBLIOGRAPHIE

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, Fédération Française de Psychiatrie, Direction Générale de la Santé. (2000). *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge* (p. 282). Paris.

Andriolo, K. R. (1998). Gender and the Cultural Construction of Good and Bad Suicides. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *28*(1), 37‑49.

Aouba, A., Péquignot, F., Camelin, L., Laurent, F., & Jougla, E. (2009). La mortalité par suicide en France en 2006. *Études et Résultats, DREES*, (702), 1‑8.

Arborio, A.-M. (2007). L'observation directe en sociologie: quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, *3*(90), 26‑34.

Aron, R. (1982). *Les étapes de la pensée sociologique : Montesquieu, Comte, Marx, Tocqueville, Durkheim, Pareto, Weber*. Paris: Gallimard.

Atkinson, M. (1968). On the sociology of suicide. *The sociological review*, *16*(1), 83‑92.

Austin, R. L., Bologna, M., & Hiroko Hayama, D. (1992). Sex-role change, Anomie and female suicide: a test of alternative durkheimian explanations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *22*(2), 197‑225.

Autès, M. (2011). Le suicide: une catégorie frontière. *Sociologie Santé*, (34), 117‑139.

Baechler, J. (1975). *Les suicides*. Paris: Calmann-Levy.

Baechler, J. (1980). A Strategic Theory. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *10*(2), 70‑99.

Bajoit, G. (1988). Exit, Voice, Loyalty... and Apathy: Les réactions individuelles au mécontentement. *Revue française de sociologie*, *29*(2), 325‑345. https://doi.org/10.2307/3321910

Batt, A., Campeon, A., Leguay, D., & Lecorps, P. (2007). Épidémiologie du phénomène suicidaire: complexité, pluralité des approches et prévention. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris)*, (37-500-A-20).

Baudelot, C., & Establet, R. (1984). Suicide : l'évolution séculaire d'un fait social. *Économie et Statistique*, (168), 59‑70.

Baudelot, C., & Establet, R. (2006). *Suicide : l'envers de notre monde*. Paris: Éditions du Seuil.

Baudelot, C., & Establet, R. (2018). Préface à la nouvelle édition: Suicide en baisse. In *Suicide : l'envers de notre monde* (p. 7‑23). Paris: Éditions du Seuil.

Baudelot, C., & Gollac, M. (2003). *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*. Paris: Fayard.

Baumert, J., Schneider, B., Lucaschek, K., Emeny, R. T., Meisinger, C., Erazo, N., … Ladwig, K.-H. (2014). Adverse conditions at the workplace are associated with increased suicide risk. *Journal of Psychiatric Research*, *57*, 90‑95.

Beaud, Stéphane, & Pialoux, M. (2005). *Retour sur la condition ouvrière : enquête aux usines Peugeot de Sochaux-Montbéliard*. Paris: Fayard.

Beaud, Stephane, & Weber, F. (2012). Le raisonnement ethnographique. In S. Paugam, *L'enquête sociologique* (p. 225‑246). Paris: Presses Universitaires de France.

Beck, F., Guignard, R., Du Roscoät, E., & Saïas, T. (2011). Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire*, (47‑48), 488‑492.

Beck, F., Guignard, R., Husky, M., Du Roscoät, E., Saïas, T., Michel, G., & Chan Chee, C. (2013). Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans. In F. Beck & J.-B. Richard, *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010* (p. 235‑249). Saint-Denis: Inpes.

Becker, H. S. (1985). *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. (J.-P. Briand & J.-M. Chapoulie, Trad.). Paris: Éditions Métailié.

Becker, H. S., Geer, B., Hughes, E. C., & Strauss, A. (1961). *Boys in white : student culture in medical school*. New Brunswick (N.J.) / London: Transaction Books.

Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*. Paris: La Découverte.

Bergeron, H., & Castel, P. (2014). *Sociologie politique de la santé* (Vol. 1). Paris: Presses universitaires de France.

Bertaux, D. (2010). *Le récit de vie*. (F. de Singly, Éd.) (3e éd.). Paris: Armand Colin.

Besnard, P. (1997). Mariage et suicide : la théorie durkheimienne de la régulation conjugale à l'épreuve d'un siècle. *Revue Française de Sociologie*, *38*(4), 735‑758.

Blond, M. (2016). Étude sur les difficultés actuelles du métier de psychiatre hospitalier français. De la flamme au burn-out. *L'information psychiatrique*, *92*(8), 625‑639. https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1531

Boiron, A. (2016). Évolution des inégalités de niveau de vie entre 1970 et 2013. In *Les revenus et le patrimoine des ménages*. Paris: Insee.

Boisson, M., Delannoy, L., & de Jessey, C. (2008). *La responsabilisation des parents, une réponse à la délinquance des mineurs ? Perspectives internationales*. Centre d'analyse stratégique.

Boltanski, L., & Chiapello, È. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard.

Boudesseul, G. (2002). Parole de suicidant et surdité du sociologue. In S. Juan & D. Le Gall, *Conditions et genres de vie : Chroniques d'une autre France* (p. 221‑239). Paris / Budapest / Torino: L'Harmathan.

Bourdieu, P. (1979). *La distinction : critique sociale du jugement*. Paris: Les éditions de minuit.

Bourgoin, N. (1999). Suicide et activité professionnelle. *Population*, *54*(1), 73‑101.

Bouville, G., & Trempe, C. (2015). La mise en place du lean management. In *Performance et innovation dans les établissements de santé* (p. 253‑266). Dunod. Consulté à l'adresse http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=DUNOD_FERMO_2015_01_0253&DocId=45266&hits=6195+6194+6189+2579+2578+2573+2475+2474+2469+2102+2101+2093+2060+20

53+2052+1884+1883+1879+1326+1323+1322+1312+1309+1308+1276+1273+1272+1197+1191+1190+1182+1179+1178+350+341+340+15+9+8+

Bréchon, P., & Galland, O. (2010). *L'individualisation des valeurs*. Paris: A. Colin.

Brooke, E., & Atkinson, M. (1975). *Le suicide et les tentatives de suicide*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

Brownlie, J. (2012). Male suicide in mid-life: linking private troubles and large social process. In *Men, Suicide and Society* (p. 91‑110). Surrey: Samaritans.

Bruno, I., & Didier, E. (2013). *Benchmarking : l'État sous pression statistique*. Paris: Zones.

Burrows, S., Auger, N., Roy, M., & Alix, C. (2010). Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec, Canada, 1990–2005. *Elvesier Public Health*, *124*(2), 78‑85.

Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The Gender Paradox in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *28*(1), 1‑23.

Canetto, Silvia. (1992). She died for love and h for glory: gender myths of suicidal behavior. *OMEGA*, *26*(1), 1‑17.

Canetto, Sylvia. (2001). Gender role, suicide attempts, and substance abuse. *The Journal of Psychology*, *125*(6), 605‑620.

Canetto, Sylvia. (2008). Women and Suicidal Behavior: A Cultural Analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, *78*(2), 259‑266.

Canevascini, M. (2012). *Le suicide comme langage de l'oppression. Ethnographie d'un service d'urgences psychiatriques.* (Anthropologie). Université de Lausanne, Lausanne.

Cases, C., & Salines, E. (2004). Statistiques en psychiatrie en France : Données de cadrage. *Revue française des affaires sociales*, *1*(1), 181‑204.

Castel, R. (2009). *La montée des incertitudes : travail, protections, statut de l'individu*. Paris: Éditions du Seuil.

Cavan, R. S. (1928). *Suicide*. (E. Faris, R. E. Park, & E. W. Burgess, Éd.). Chicago: The University of Chicago Press.

Certeau, M. de. (1990). *L'invention du quotidien 1 Arts de faire*. (L. Giard, Éd.). Paris: Gallimard.

Chan Chee, C., Beck, F., Sapinho, D., & Guilbert, P. (2009). *La dépression en France. Enquête Anadep 2005*. Saint-Denis: Inpes.

Chan Chee, C., & Jezewski-Serra, D. (2014). *Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011* (p. 46). Institut de Veille Sanitaire.

Chastang, F., Rioux, P., Dupont, I., Baranger, E., Kovess, V., & Zarifian, E. (1998). Suicide attempts and job insecurity: a complex association. *European Psychiatry*, *13*, 359‑364.

Chauvel, L. (1997). L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge : effet de génération ou recomposition du cycle de vie ? *Revue Française de Sociologie*, *38*(4), 681‑734.

Chauvel, L. (2001). Le retour des classes sociales. *Revue de l'OFCE*, *4*(79), 315‑359.

Chazel, F. (1983). Pouvoir, structure et domination. *Revue Française de Sociologie*, *XXIV*(3), 369‑393.

Chenu, A. (1988). Sexe et mortalité en France, 1906-1980. *Revue Française de Sociologie*, *29*(2), 293‑324.

Chesnais, J.-C. (1976). Le suicide dans les prisons. *Population*, *31*(1), 73‑85.

Chesnais, J.-C. (1981). Le suicide et la crise économique. *Population et Sociétés*, *147*, 4.

Cicourel, A. V. (1995). *The social organization of juvenile justice*. New Brunswick (USA) / London: Transaction.

Cintas, C., Cousineau, M., & Langlois, V. (2016). S'occuper de nos futurs médecins. Quand l'épuisement professionnel se fait sentir dès l'internat. *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, *4*(23), 27‑46.

Coope, C., Gunnell, D., Hollingworth, W., Hawton, K., Kapur, N., Fearn, V., … Metcalfe, C. (2014). Suicide and the 2008 economic recession: Who is most at risk? Trends in suicide rates in England and Wales 2001-2011. *Social Science and Medicine*, *117*, 76‑85.

Cour des Comptes. (2014). *Rapport Sécurité Sociale*. Paris.

Courtet, P. (2010). *Suicides et tentatives de suicide*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion.

Courtet, P., & Cauchard, L. (2011). La médecine peut-elle nuire à la santé des médecins ? *La Lettre du Psychiatre*, *7*(1), 31‑39.

Courtet, P., médecin. (2013). *Suicide et environnement social*. Paris: Dunod.

Cousteaux, A.-S., & Pan Ké Shon, J.-L. (2008). Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique. *Revue française de Sociologie*, *49*(1), 53‑92.

Cresson, G., & Gadrey, N. (2004). Entre famille et métier: le travail du Care. *Nouvelles questions féministes*, *23*(3), 26‑41.

Darmon, M. (2008a). *Devenir anorexique : une approche sociologique*. Paris: La Découverte.

Darmon, M. (2008b). La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation, The Notion of Career: an Interactionist Objectification Technique. *Politix*, (82), 149‑167. https://doi.org/10.3917/pox.082.0149

Dawson, M. (2012). Reviewing the critique of individualization: The disembedded and embedded theses. *Acta Sociologica*, *55*(4), 305‑319.

De Prost, Y., Browne, G., Olivieri, J.-M., & Richard, J.-C. (2013). *Rapport sur les bonnes pratiques en matière de sécurité des patients âgés atteints de troubles cognitifs à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris*. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

Dejours, C., & Bègue, F. (2009). *Suicide et travail : que faire ?* Paris: Presses universitaires de France.

Delawarde, C., Saïas, T., Pisu, F., Charest-Belzile, D., & Boisson, M. (2016). Soutenir la parentalité : un nouveau défi économique et politique. *La revue internationale de l'éducation familiale*, (39), 13‑36. https://doi.org/10.3917/rief.039.0013

Delile, J.-M. (2009). Toxicomanies et suicides. *Alcoologie et Addictologie*, *31*(1), 57‑62.

Demazière, D. (2007). À qui peut-on se fier ? Les sociologues et la parole des interviewés. *Langage et Société*, *3*(121‑122), 85‑100.

Descombes, V. (2003). Individuation et individualisation. *Revue Européenne des Sciences Sociales*, *XLI*(127), 17‑35.

Diekstra, R. F. W. (1989). Suicide and the attempted suicide: An international perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *80*, 1‑24.

Diekstra, R. F. W. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *87*, 9‑20.

Dodier, N. (1991). Expérience privée des personnes et expertises médico-administratives. Une enquête dans la médecine du travail. *Sciences sociales et Santé*, *9*(2), 79‑121.

Dodier, N. (1993). *L' expertise médicale : essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris: Métailié.

Douglas, J. D. (1967). *The social meanings of suicide*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Drulhe, M. (2000). Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier. In G. Cresson & F.-X. Schweyer, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail: aspects sociologiques* (p. 15‑29). Rennes: Ecole Nationale de la Santé Publique.

Dubet, F. (2012). Classes sociales et description de la société. *Revue Française de Socio-Economie*, *2*(10), 259‑264.

Dubet, F. (2017). *L'expérience sociologique*. Paris: La Découverte.

Durkheim, É. (2007). *Le suicide : étude de sociologie*. (S. Paugam, Éd.). Paris: Presses universitaires de France.

Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi : dépression et société*. Paris: O. Jacob.

Ehrenberg, A. (2001). De la névrose à la dépression. Remarques sur quelques changements de l'individualité contemporaine. *Figures de la psychanalyse*, *1*(4), 25‑41.

Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Paris: Odile Jacob.

Elias, N. (1991). *La société des individus*. (R. Chartier, Éd., J. Etoré-Lortholary, Trad.). Paris: Fayard.

Establet, R. (2012). Le suicide en Inde au début du XXIe siècle. *Presses Universitaires de France « Sociologie »*, *3*(2), 117‑143.

Estryn-Behar, M., Doppia, M.-A., Guetarni, K., Fry, C., Machet, G., Pelloux, P., … Prudhomme, C. (2010). Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians–results from the French SESMAT study. *Emergency Medicine Journal*, 397‑410. https://doi.org/10.1136/emj.2009.082594

Estryn-Behar, Madeleine, Braudo, M.-H., Fry, C., & Guetarni, K. (2011). Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (Enquête SESMAT). *L'information psychiatrique*, *87*(2), 95‑117.

Fabregas, B. (2017, décembre 6). 1/4 des soignants concernés par des idées suicidaires en lien avec leur travail. Consulté 2 avril 2018, à l'adresse https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/suicide-et-professionnels-de-sante-poids-chiffres.html

Favre, J.-D., Choquet, M., & Azoulay, G. (1997). Modes de consommation d'alcool et tentatives de suicide chez l'homme jeune. *actualités et dossiers en santé publique*, (18), 14‑16.

Firth, R. W. (1961). *We, the Tikopia : a sociological study of kinship in primitive Polynesia*. London: Allen & Unwin.

François, S., Garre, J.-B., Guiho-Bailly, M.-P., François, A., Bertin, C., Bodin, J., … Roquelaure, Y. (2011). Étude exploratoire des caractéristiques professionnelles d'un échantillon de suicidants hospitalisés. *Santé Publique*, *23*(2), 101‑112.

François, S., Guiho-Bailly, M.-P., Gohier, B., Garre, J.-B., Bodin, J., François, A., & Roquelaure, Y. (2012). Travail et Tentatives de suicide. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, *73*(2), 112‑119.

Freidson, E. (1984). *La profession médicale [Texte imprimé]*. (C. Herzlich, Éd., A. Lyotard-May & C. Malamoud, Trad.). Paris: Payot.

Galland, O. (2010). La crise de confiance de la jeunesse française. *Études*, *412*(1), 31‑42.

Galland, O. (2011). *Sociologie de la jeunesse*. Paris: A. Colin.

Galland, O. (2017). 3. Optimisme personnel, déprime sociétale: le paradoxe de la jeunesse française. *Regards croisés sur l'économie*, *1*(20), 35‑44.

Galland, O., & Cellule de sociologie de l'OFCE. (2000). Une polarisation de la jeunssse française. *Revue de l'OFCE*, (72), 221‑228.

Gibson, S., Benson, O., & Brand, S. L. (2012). Talking about suicide: Confidentiality and anonymity in qualitative research. *Nursing Ethics*, 1‑12.

Giddens, A. (1966). A typology of suicide. *Archuves européennes de sociologie*, *VII*(2), 276‑295.

Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity : self and society in the late Modern Age*. Stanford (Calif.): University Press.

Goffman, E. (1968). *Asile: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. (L. Lainé, Trad.) (Minuit). Paris.

Guignon, N., NiedHammer, I., & Sandret, N. (2008). Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. *Documents pour le Médecin du Travail*, (115), 389‑398.

Guillaume, S., & Bellivier, F. (2013). Addiction et suicide: les liaisons dangereuses. In P. Courtet, *Suicide et environnement social*. Paris: Dunod.

Gusmão, R., Quintão, S., McDaid, D., Arensman, E., Audenhove, C. V., Coffey, C., … Hegerl, U. (2013). Antidepressant Utilization and Suicide in Europe: An Ecological Multi-National Study. *PLOS ONE*, *8*(6). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066455

Halbwachs, M. (2002). *Les causes du suicide*. (S. Paugam & M. Mauss, Éd.). Paris: Presses universitaires de France.

Hawton, K., Comabella, C. C. I., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *147*(1‑3), 17‑28.

Hawton, K., & Vislisel, L. (1999). Suicide in Nurses. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *29*(1), 86‑95.

HCSP. (2016). *Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011 - 2014*. Paris.

Infosuicide. (s. d.). Inauguration d'une clinique de psychiatrie générale dédiée à l'accueil des professionnels de santé. Consulté 2 avril 2018, à l'adresse http://blogdinfosuicide.blogspot.com/2017/10/inauguration-dune-clinique-de.html

Inglehart, R. (1993). *La transition culturelle dans les sociétés industrielles avancées [Texte imprimé]*. (B. Frumer, A.-R. Maisonneuve, & G. Sudrie, Trad.). Paris: Économica.

Insee. (2016). *Tableau de l'Économie Française* (p. 268). Paris.

Inserm. (2012). *Médicaments psychotropes Consommations et pharmacodépendances*. Paris.

Jamieson, L. (1999). Intimacy transformed: a critical look at the « pure relationship ». *Sociology*, *33*(3), 477‑494.

Jaspard, M. (2011). *Les violences contre les femmes*. Paris: La Découverte.

Johnson, K. K. (1979). Durkheim Revisited "Why Do Women Kill Themselves?" *Suicide*, *9*(3), 145‑153.

Joule, R.-V., & Beauvois, J.-L. (2014). *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.

Kaufmann, J.-C. (2011). *L'entretien compréhensif*. (F. de Singly, Éd.). Paris: Armand Colin.

Kelleher, M. J., Kelleher, M. J. A., Corcoran, P., Daly, M., Daly, F., Crowley, M. J., & Keeley, H. (1996). Deliberate Self-Poisoning, Unemployment, and Public Health. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *26*(4), 365‑373.

Kennelly, B., & Connolly, S. (2012). Men, suicide and society: an economic perspective. In *Men, Suicide and Society* (p. 73‑90). Surrey: Samaritans.

Klineberg, E., Kelly, M. J., Stansfeld, S. A., & Bhui, K. S. (2013). How do adolescents talk about self-harm: a qualitative study of disclosure in an ethnically diverse urban population in England. *BMC Public Health*, *13*.

Kolves, K., & Diego, D. L. (2013). Suicide in Medical Doctors and Nurses An Analysis of the Queensland Suicide Register. *Journal of nervous and mental disease*, *201*(11), 987‑990.

Kushner, H. I. (1993). Suicide, Gender, and the fear of modernity in nineteenth-century medical and social thought. *Journal of social history*, *26*(3), 261‑290.

Laanani, M., Ghosn, W., Jougla, E., & Rey, G. (2015). Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge, en France métropolitaine, 2000-2010. *Bulletin d'Épidémiologie Hebdomadaire*, (1‑2), 2‑6.

Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'"analyse stigmatique" revisitée. *Nouvelle revue de psychologie*, *1*(5), 183‑199.

Lahire, B. (2013). *Dans les plis singuliers du social : individus, institutions, socialisations*. Paris: La Découverte.

Le Bart, C. (2008). *L'individualisation*. Paris: Sciences Po. Les Presses.

Le Moigne, P. (2000). Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours aux médicaments psychotropes. *Revue Suisse de Sociologie*, *26*(1), 71‑109.

Le Moigne, P. (2010). Une nouvelle carte du normal et du pathologique. L'institutionnalisation de la santé mentale aux Etats-Unis. *Sciences sociales et santé*, *28*(1), 81‑108.

Lindqvist, D., Nimeus, A., & Träskman-Bendz, L. (2007). Suicidal intent and psychiatric symptoms among inpatient suicide attempters. *Nordic Journal of Psychiatry*, *61*(1), 27‑32.

Lostao, L., Joiner, T., Lester, D., Regidor, E., Aïach, P., & Sandin, B. (2006). Social Inequalities in Suicide Mortality: Spain and France, 1980–1982 and 1988–1990. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *31*(1), 113‑119.

Lustman, M. (2008). De la prévention du suicide comme une question sociologique. *Frontières*, *21*(1), 15‑22. https://doi.org/10.7202/037870ar

Lyons Johnson, P. (1981). EducationWhen Dying Is Better than Living: Female Suicide among the Gainj of Papua New Guinea. *Ethnology*, *20*(4), 325‑334.

Maris, R. (1971). Deviance as Therapy: The Paradox of the Self-Destructive Female. *Journal of Health and Social Behavior*, *12*(2), 113‑124.

Martuccelli, D. (1999). *Sociologies de la modernité : l'itinéraire du XXe siècle*. Paris: Gallimard.

Martuccelli, D. (2004). Figures de la domination. *Revue Française de Sociologie*, *45*(3), 469‑497.

Mazuy, M., Barbieri, M., Breton, D., & D'albis, H. (2015). L'évolution démographique récente de la France et ses tendances depuis 70 ans. *Population*, *70*(3), 417‑486.

Méda, D. (2010). Comment mesurer la valeur accordée au travail? *Sociologie*, *1*(1), 121‑140.

Mendez-Bustos, P., Lopez-Castroman, J., Baca-García, E., & Ceverino, A. (2013). Life cycle and suicidal behavior among women. *TheScientificWorldJournal*. https://doi.org/10.1155/2013/485851

Merton, R. K. (1965). *Éléments de théorie et de méthode sociologique*. (H. Mendras, Trad.). Paris : Plon.

Michel, K., Ballinari, P., Bille-Brahe, U., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D., … Wasserman, D. (2000). Methods used for parasuicide: results of the WHO/ EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *35*(4), 156‑163.

Miller, D. H. (1970). Suicidal Careers: Case Analysis of Suicidal Mental Patients. *Social Work*, *15*(1), 27‑36.

Ministère de la Justice et des libertés; Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative: Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire; Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche; Ministère de la solidarité et de la cohésion sociale. (2011). *Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)*. Paris.

Mizrahi, T. (1985). Getting rid of patients: contradictions in the socialisation of internists to the doctor-patient relationship. *Sociology of health and illness*, *7*(2), 214‑235.

Molinier, P. (2009). Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? . Les aléas de la « bonne distance ». *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, (9). https://doi.org/10.4000/temporalites.988

Morel, S. (2016). La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence. *Agone*, *58*(1), 73‑88. https://doi.org/10.3917/agone.058.0073

Mouquet, M.-C., & Bellamy, V. (2006). Suicides et tentatives de suicide en France. *Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques/Études et Résultats*, (488), 1‑8.

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*, *22*(1), 3‑36.

Neyrand, G. (2007a). Évolution de la Famille et rapport à l'enfant. *Enfance et Psy*, *1*(34), 144‑156.

Neyrand, G. (2007b). La parentalité comme dispositif. mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation. *Recherches familiales*, (4).

Neyrand, G. (2015). Ambiguïté de la valorisation de la coéducation à une époque de sur-responsabilisation parentale. *Recherches familiales*, *1*(12), 279‑287.

Nurok, M., & Henckes, N. (2009). Between professional values and the social valuation of patients: The fluctuating economy of pre-hospital emergency work. *Social Science and Medicine*, *68*(3), 504‑510.

Observatoire National du Suicide. (2014). *Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche* (No. 1).

Observatoire National du Suicide. (2016). *Suicide. Connaître pour prévenir: dimensions nationales, locales et associatives.* (No. 2) (p. 481).

OFDT. (2013). *Drogues et addictions, données essentielles*. Saint-Denis.

Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Suisse.

Otero, M. (2012). *L'ombre portée: l'individualité à l'épreuve de la dépression*. Montréal: Edition du Boréal.

Paugam, S. (2009). *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*. (D. Schnapper, Éd.). Paris: Presses universitaires de France.

Paugam, S. (2014). *L'intégration inégale : force, fragilité et rupture des liens sociaux*. Paris: Presses universitaires de France.

Paugam, S., & Zoyem, J.-P. (1998). Le soutien financier de la famille : une forme essentielle de la solidarité. *Économie et Statistique*, (308‑310), 187‑210.

Pearson Veronica, & Meng Liu. (2011). Ling's Death: An Ethnography of a Chinese Woman's Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *32*(4), 347‑358. https://doi.org/10.1521/suli.32.4.347.22338

Pelège, P. (2013). Un point de vue sociologique sur la question du suicide. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, (115), 13‑21.

Peneff, J. (1992). *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*. Métailié.

Peneff, J. (1995). Mesure et contrôle des observations dans le travail de terrain. L'exemple des profession de service. *Sociétés Contemporaines*, (21), 119‑138.

Peneff, J. (2000). *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale*. Paris: Métailié.

Peneff, J. (2009). *Le goût de l'observation : comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales*. (H. S. Becker, Éd.). Paris: la Découverte.

Perrine, A.-L., & Develay, A.-E. (2013). Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour®. *Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire*, (16-17 ‑18), 195‑198.

Platt, S., & Kreitman, N. (1985). Parasuicide and unemployment among men in Edinburgh 1968-82. *Psychological Medicine*, *15*(1), 113‑123.

Platt, S., & Kreitman, N. (1990). Long term trends in parasuicide and unemployment in Edinburgh, 1968-87. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *25*(1), 56‑61.

Pouchelle, M.-C. (2010). Situations ethnographiques à l'Hôpital. « Elle vient voir si on a un os dans le nez... » *Recherche en soins infirmiers*, *4*(103), 4‑19.

Quentel, J.-C. (2008). *Le parent. Responsabilité et culpabilité en question* (De Boeck Supérieur).

Questel, F. (2010). Épidémiologie des décès par surdose chez les usagers de drogues. *Le Courrier des addictions*, (3).

Range, L. M., & Leach, M. M. (1998). Gender, Culture, and Suicidal Behavior: A Feminist Critique of Theories and Research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *28*(1), 24‑36.

Redley, M. (2003). Towards a new perspective on deliberate self-harm in an area of multiple deprivation. *Sociology of Health and Illness*, *25*(4), 348‑373.

Redley, M. (2010). The clinical assessment of patients admitted to hospital following an episode of self-harm: a qualitative study. *Sociology of Health and Illness*, *32*(3), 470‑485.

Référentiel de psychiatrie : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. (2016) (2e éd.). Tours: Presses universitaires François-Rabelais.

Rhodes, L. A. (1991). *Empty Beds. The worl of an emergency psychiatric unit*. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press.

Robert, M., Léon, C., & Du Roscoät, E. (2017). Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. *Evolutions*, (36), 1‑8.

Robin, M., Pochard (D), F., Ampélas, J.-F., Kannas, S., Bronchard, M., Mauriac, F., … Pastour, N. (2001). Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France, Psychiatric emergency and crisis services in France, Los dispositivos de urgencia psiquiatrica y de crisis en Francia. *Thérapie Familiale*, *22*(2), 133‑151. https://doi.org/10.3917/tf.012.0133

Roy, A., & Janal, M. (2006). Gender in suicide attempt rates and childhood sexual abuse rates: is there an interaction? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *36*(3), 329‑335.

Sacks, H. (1995). Lecture 5 Suicide as a device for discovering if anybody cares. In H. Sacks, G. Jefferson (Éd.), *Lectures on Conversation* (Oxford; Cambridge; Blackwell, Vol. 1).

Safon, M.-O. (2017). *Les réformes hospitalières en France : aspects historiques et réglementaires* (Synthèses et Bibliographies) (p. 57). Irdès.

Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A., Hampel, H., Georgi, K., & Seidler, A. (2011). Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide. A case–control psychological autopsy study. *Psychiatry Research*, *190*(2‑3), 265‑270.

Scourfield, J., & Evans, R. (2015). Why Might Men Be More at Risk of Suicide After a Relationship Breakdown? Sociological Insights. *American Journal of Men's Health*, *9*(5), 380‑384.

Scourfield, J., Fincham, B., Langer, S., & Shiner, M. (2012). Sociological autopsy: an integrated approach to the study of suicide in men. *Social science and medicine*, *74*(4), pp.466-473.

Sheehan, C. (2012). The Gender Paradox and Stories from the Edge of Living. *Irish Journal of Anthropology*, *15*(2), 16‑21.

Shiner, M., Scourfield, J., Fincham, B., & Langer, S. (2009). When things fall apart: Gender and suicide across the life-course. *Social Science and Medicine*, *69*(5), 738‑746.

Sicot, F. (2009). Urgences pédopsychiatriques : resituer les crises dans le contexte organisationnel de leur survenue. *Empan*, (75), 53‑60. https://doi.org/10.3917/empa.075.0053

Simmel, G. (2011). *Les pauvres*. (B. Chokrane, Trad.). Paris: Presses Universitaires de France.

Singly, F. de. (2014). *Sociologie de la famille contemporaine* (5e éd.). Paris: Armand Colin.

Stack, S. (2000). Suicide: A 15-years review of the sociological literature. Part I: Cultural and Economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *30*(2), 145‑162.

Stephan, F., Le Galudec, M., & Walter, M. (2011). Quels sont les critères d'hospitalisation en psychiatrie des patients suicidants ? Consulté 20 mars 2018, à l'adresse https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Quels_sont_les_criteres_d_hospitalisation_en_psychiatrie_des_patients_suicidants.pdf

Stephens, J. (1985). Suicidal Women and Their Relationships with Husbands, Boyfriends, and Lovers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *15*(2), 77‑90.

Stephens, J. B. (1987). Cheap Thrills and Humble Pie: The Adolescence of Female Suicide Attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *17*(2), 107‑118.

Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1982a). Sentimental work in the technologized hospital. *Sociology of Health and Illness*, *4*(3), 254‑278.

Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1982b). The work of hospitalized patients. *Social Science and Medicine*, *16*(9), 977‑986.

Strauss, A. L. (1992). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. (I. Baszanger, Éd.). Paris: L'Harmattan.

Surault, P. (1995). Variations sur les variations du suicide en France. *Population*, *50*(4‑5), 983‑1012.

Taylor, S. (1978a). Suicide and the Renewal of Life. *The sociological review*, *26*(2), 373‑390.

Taylor, S. (1978b). The Confrontation with Death and the Renewal of Life. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *8*(2), 89‑98.

Terra, J.-L. (2003). Prévenir le suicide: repérer et agir. *Actualité et dossier en santé publique*, (45), 20‑23.

Théry, I. (1993). *Le démariage* (Odile Jacob). Paris.

Théry, I. (2007). *La distinction de sexe: une nouvelle approche de l'égalité* (Jacob). Paris.

Timmermans, S. (1994). Dying of awareness: the theory of awareness contexts revisited. *Sociology of Health and Illness*, *16*(3), 322‑339.

Touraine, A. (1973). *Production de la société*. Paris: Éditions du Seuil.

Van Der Geest, S., & Finkler, K. (2004). Hospital ethnography: introduction. *Social Science and Medicine*, *59*(10), 1995‑2001.

Vandevoorde, J. (2013). *Psychopathologie du suicide*. Paris: Dunod.

Vassy, C. (2004). L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. *Mouvements*, *32*(2), 67‑74. https://doi.org/10.3917/mouv.032.0067

Vega, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et Santé*, *15*(3), 103‑132.

Velpry, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*. (A. Ehrenberg, Éd.). Paris: A. Colin.

Verger, P., Lionel, D., Bouhnik, D., Prodhon, H., & Obadia, Y. (2004). Pratiques de prise en charge des jeunes suicidants en Provence-Alpes-Côtes d'Azur. *Santé Publique*, *16*(3), 541‑550.

Walter, M. (2003). La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention. *ADSP*, (45), 25‑30.

Walter, M., & Genest, P. (2006). Réalités des urgences en psychiatrie, The reality of psychiatric emergencies. *L'information psychiatrique*, *82*(7), 565‑570. https://doi.org/10.3917/inpsy.8207.0565

Weber, M. (2003). *Le savant et le politique : une nouvelle traduction*. (C. Colliot-Thélène, Trad.). Paris: La Découverte.

Wilkins, J. (1967). Suicidal Behavior. *American Sociological Review*, *32*(2), 286‑298.

World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide. A global imperative* (p. 92). Luxembourg.

ANNEXES

1. Autorisations

1.1 Comité d'Évaluation Éthique de l'Inserm

CEEI - IRB

Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm

IRB00003888

Instituts thématiques — Inserm — Institut national de la santé et de la recherche médicale

Nos réf: CD/KM 15 - 82
Dossier suivi par :
Christine DOSQUET -CEEI
@ : ceei@inserm.fr

Mr Philippe Le Moigne
Inserm U988
CERMES3
Campus CNRS
7 Rue Guy Moquet, BP 9
94801 Villejuif Cedex

Paris, le 9 juin 2015

Pour faire valoir à qui de droit
Avis N°15-242

Monsieur,

Le Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm, Institutional Review Board (IRB00003888) de l'Inserm (IORG0003254, FWA00005831) a donné un avis favorable pour votre projet intitulé :

"Etude sociologique de la prise en charge des tentatives de suicide par les services des urgences",

Le CEEI rappelle que l'investigateur s'engage à respecter le protocole déposé et à suivre ses recommandations.

Avec mes salutations distinguées,

Christine DOSQUET
Présidente du CEEI/IRB

CEEI - IRB

Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm

IRB00003888

Instituts thématiques

Inserm

Institut national de la santé et de la recherche médicale

Nos réf: CD / KM 15 - 82
Dossier suivi par :
Christine DOSQUET -CEEI
@ : ceei@inserm.fr

Mr Philippe Le Moigne
Inserm U988
CERMES3
Campus CNRS
7 Rue Guy Moquet, BP 9
94801 Villejuif Cedex

Paris, June 9th 2015

To whom it may concern
Opinion number 15-242

Dear Sir,

The ethics evaluation committee of Inserm (IORG0003254, FWA00005831), the Institutional Review Board (IRB00003888) of the French Institute of medical research and Health, has reviewed and approved the research project entitled:

"Sociological analysis of the management of suicide attempts in emergency departments"

The investigator undertakes to respect the protocol and to follow the recommendations proposed by the ethics evaluation committee.

Yours sincerely,

Christine DOSQUET
IRB President

1.2 Déclarations CNIL

CNIL
8 rue de Vivienne - 75083 PARIS cedex 02
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration
1884255 v 0
du 31 août 2015

Madame LEVY-MARCHAL Claire
INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE
POLE RECHERCHE CLINIQUE
8 RUE DE LA CROIX JARRY
75013 PARIS

A LIRE IMPERATIVEMENT
La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.
La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :
1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
2) La pertinence des données traitées,
3) La conservation pendant une durée limitée des données,
4) La sécurité et la confidentialité des données,
5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.
Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE

Service : POLE RECHERCHE CLINIQUE

Adresse : 8 RUE DE LA CROIX JARRY

Code postal : 75013
Ville : PARIS

N° SIREN ou SIRET :
180003604 00015

Code NAF ou APE :
7219Z

Tél. :
Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : L'OBJECTIF DE CE PROJET EST D'IDENTIFIER, A TRAVERS LES TRAJECTOIRES SOCIALES, LES FACTEURS QUI CONDUISENT LES FEMMES A COMMETTRE UNE TENTATIVE DE SUICIDE. LA RECHERCHE S'APPUIE SUR L'INTERVIEW DE FEMMES HOSPITALISEES, ET D'UN GROUPE TEMOIN D'HOMMES EGALEMENT HOSPITALISES APRES UNE TENTATIVE DE SUICIDE. LES DONNEES SONT RECUEILLIES DIRECTEMENT AUPRES DES PERSONNES CONCERNEES. LES PARTICIPANTS ONT RECU UNE INFORMATION ECRITE ET ONT EXPRIME LEUR CONSENTEMENT PAR ECRIT. DANS LE CADRE DE CETTE...

Fait à Paris, le 31 août 2015
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

CNIL
8 rue de Vivienne - 75083 PARIS cedex 02
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration
1884254 v 0
du 31 août 2015

Madame LEVY-MARCHAL Claire
INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE
POLE RECHERCHE CLINIQUE
8 RUE DE LA CROIX JARRY
75013 PARIS

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
2) La pertinence des données traitées,
3) La conservation pendant une durée limitée des données,
4) La sécurité et la confidentialité des données,
5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE

Service : POLE RECHERCHE CLINIQUE

Adresse : 8 RUE DE LA CROIX JARRY

Code postal : 75013
Ville : PARIS

N° SIREN ou SIRET :
180003604 00015

Code NAF ou APE :
7219Z

Tél. :
Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : ETUDIER LES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE AUPRES DE PERSONNELS HOSPITALIERS A PARTIR D'OBSERVATION ETHNOGRAPHIQUE ET L'INTERVIEW DES PROFESSIONNELS. L'OBJECTIF EST DE COMPRENDRE LES LOGIQUES DE TRAVAIL DU PERSONNEL SOIGNANT, ET EN PARTICULIER, CELLES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES SUICIDANTS. IL NE SERA RECUEILLI AUCUNE INFORMATION MEDICALE CONCERNANT LES PATIENTS DU SERVICE.

Fait à Paris, le 31 août 2015
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

2. Grille d'entretiens

2.1 Personnel hospitalier

La grille a été élaborée sur la base d'une littérature de sociologie des professions focalisées sur l'hôpital, dont la tradition est issue de la sociologie américaine interactionniste (Hughes, Becker, Strauss). En particulier, les travaux de Penneff sur les urgences, d'Arborio sur les aides-soignantes, Vega et Pouchelle sur le travail infirmier, Picot sur les rapports de genre dans le travail hospitalier. Ces travaux s'intéressent essentiellement au travail hospitalier lui-même et aux relations hiérarchiques entre les différents membres d'une équipe de soin, ainsi qu'aux formes que peut prendre la relation entre l'équipe et le malade au sein de ses logiques soignantes.

On a repris les grands thèmes qui ressortent de cette littérature pour les intégrer à la grille d'entretien : il s'agit ainsi de parler des actes, des dynamiques de carrière, des « catégories » de patients, de la distance par rapport aux exigences du travail, des relations entre les différents personnels, etc. Elle se veut semi-directive, en allant du général au particulier, c'est-à-dire en proposant d'abord des questions ouvertes laissant la place libre aux développements de l'interviewé. Ainsi, le sociologue se laisse la liberté de rediriger l'entretien vers des questions plus spécifiques de la grille, lorsque le déroulé de l'interview, laissé à son libre cours, ne les évoque pas. L'objectif est de laisser l'interviewé parler librement de son activité et de sa trajectoire tout en abordant l'ensemble des thèmes à aborder.

Grille d'entretien pour hospitaliers

A. Caractéristiques de l'enquêté(e)

1.1 Caractéristiques personnelles

Âge :

Sexe :

Statut matrimonial :

Profession du ou de la conjointe :

Profession des parents :

- Y a-t-il des membres de la famille qui travaillent dans le secteur médical ou paramédical ?
- Y a-t-il des membres de la famille ou de l'entourage qui ont effectué une tentative de suicide ou un suicide ?

1.2 Caractéristiques professionnelles et scolaires

- Pouvez-vous me décrire votre cursus scolaire ?

Détails de la trajectoire scolaire et universitaire

Diplômes obtenus :

Pourquoi avoir choisi médecine - soin infirmier - aide-soignant – Agent de Service Hospitalier ?

Qu'est-ce qui est important pour vous dans ce métier ? Quelle motivation vous a conduit à ce choix ?

- Quel poste occupez-vous actuellement ?

Statut professionnel actuel exact :

Dans quels services avez-vous travaillé auparavant ? Pendant combien de temps ?

Lequel de ces services avez-vous le plus apprécié ? Pourquoi ?

Une perspective d'orientation future ou de formation ?

B. Relations au travail

- ***Question générale***

- Est-ce que vous pouvez me parler des urgences, telles que vous en faites l'expérience?
- Pouvez-vous me décrire vos journées aux urgences ?

2.1 Les relations avec les acteurs de l'institution

- Comment vous vivez les rapports avec vos collègues ?

Positionnement au sein de l'équipe

Rapports avec les différentes catégories de personnels : médecins, cadres infirmiers, administratifs, infirmiers, aides-soignants, ASH, internes, externes, stagiaires ? Auriez-vous des exemples à me donner ?

- Pour vous, un bon ou une bonne collègue, c'est quoi, c'est qui ? Avec qui aimez-vous travailler ?

Concernant les médecins, infirmiers, as, ash, etc. Avez-vous des exemples ?

- Au contraire, quel genre de comportement peut perturber votre travail ? ou que vous désapprouvez ?
- Etes-vous ou avez-vous été en conflit avec les membres de l'équipe ? De quels types de conflits s'agi(ssai)t-il et avec qui ? Avez-vous des exemples ? Se sont-ils réglés depuis, et si oui comment ? Est-ce spécifique aux urgences ?
- Quels problèmes reviennent souvent selon vous dans le travail aux urgences ?
- L'entre-aide est-elle une part importante de la dynamique de l'équipe ?

- Dans le travail, qu'avez-vous appris de vos collègues ? En quoi ? Lesquels ?
- Comment percevez-vous votre autonomie (prise de décision) dans votre travail ? Notamment en termes de répartition des tâches ? Comment le vivez-vous ?
- Dans votre travail, vous vous ressentez reconnu(e) ou apprécié(e) ? Par qui ?

- Vous devez souvent travailler avec d'autres services ?
- Quelles relations entretenez-vous avez avec eux ? Plus précisément avec la psychiatrie ? Comment percevez-vous leur travail ? Les avantages et les difficultés de cette collaboration ?

2.2 Manipulation de l'autre et gestion de soi : rapport au(x) corps, rapports aux affects et contrôle de l'environnement

Corps

- Vous pouvez me décrire ce que vous êtes amené(e) à faire lors de l'arrivée d'un ou d'une patiente dans le service ? Quels types de tâches vous devez accomplir ?
- Me décrire une journée de travail
- Qu'est-ce que vous considérez le plus pénible ? Le plus ingrat ? exemples

- Pour vous, ça représente quoi la manipulation d'un corps ?
- La charge physique du travail ?
- La saleté, les odeurs, c'est une partie importante de l'hôpital ? Quel est votre sentiment vis-à-vis de ces tâches ?
- La pudeur vis-à-vis du patient ou de la patiente ? situations délicates, problématiques ?
- La douleur et la souffrance physique de celui (celle)-ci ?
- Les problématiques sociales ?
- La douleur psychique ?
- Quels sont vos recours et comment vous vous positionnez par rapport à ça ?

Patient(e)s

- Quels genres de patient(e)s avez-vous aux urgences ? Y a-t-il des patient(e)s plus compliqués à prendre en charge ? lesquels et pour quelles raisons ?
- Y'a-t-il des patient(e)s qui, selon vous, impliquent davantage d'investissement de votre part à ce niveau-là ? des patient(e)s qui manifestent plus souvent des comportements difficiles à gérer ?
- Qu'est-ce que vous considérez comme déplacé ou envahissant chez un(e) patient(e) ? Que faites-vous dans ces cas-là ?
- La plainte, l'agressivité ou l'insistance ?
- Comment gérez-vous ces situations ? Comment vos collègues les gèrent-ils (elles) ? Se déchargent-ils sur d'autres, le faites-vous ? des exemples
- En la matière, avez-vous assisté à des choses que vous trouviez choquantes ou surprenantes ? lesquelles ?

Familles

- Quelles relations vous entretenez avec l'entourage des patients ?
- Comment voyez leur rôle vis-à-vis de votre travail ?
- Y a-t-il des conflits et si oui lesquels ? Comment les gérez-vous ? Et vos collègues ?

2.3 Les suicidant(e)s aux urgences

- Avez-vous déjà participé à la prise en charge de suicidant(e)s ? Quel souvenir en gardez-vous ? Comment se sont déroulées les prises en charge ?
- Vous sentiez-vous qualifié(e) pour les prendre en charge ?
- À quelles difficultés avez-vous été confrontées à ces occasions (résistance, difficulté de communication, sortie prématurée, manque de temps pour la parole, gestion de la famille, etc.) ? Comment les avez-vous gérées ? Comment vos collègues ont-ils réagi devant le même type de difficulté et que pensez-vous de ces réactions ?
- Dans le domaine des tentatives de suicide, que pensez-vous de la prise en charge ? Du rôle de l'équipe ? Du votre ?

C. Espace libre

Y a-t-il des choses qui n'ont pas été abordées ici et que vous aimeriez partager ?

2.2 Suicidants

L'objectif d'un entretien biographique n'étant pas de guider le répondant en lui proposant une structure de réponses préétablies (Bertaux, Peneff), les thèmes à aborder ci-dessous ne sont à utiliser qu'en tant que relances éventuelles pour rediriger l'entretien, au sein d'un discours dont la trame est laissée le plus possible à l'initiative du répondant. L'objectif est de faire émerger une trame narrative visant la reconstruction personnelle de séquences de vie. Cependant il importe que ces thèmes soient abordés dans l'ensemble des entretiens à des fins comparatives (Becker).

Début de l'entretien:

Si je vous pose des questions qui vous mettent mal à l'aise, que vous ne souhaitez pas aborder, sachez que vous n'êtes pas obligée d'y répondre. Vous pouvez également interrompre cet entretien à tout moment sans justifications de votre part. N'hésitez surtout pas à me dire si vous avez une quelconque difficulté durant l'entrevue.

Pouvez-vous me raconter votre vie depuis votre enfance? Vous pouvez prendre tout le temps que vous voudrez.

- **De l'enfance à l'âge adulte**

Durant le cursus scolaire

- *Ecole primaire, collège ; éventuellement lycée, université:*

Description des établissements : quel type d'établissement (privé/public, mixte ou non; internat/externat), appréciations des matières et des instituteurs/professeurs, difficultés scolaires éventuelles (redoublement), rapports à l'institution scolaire (conflits, sentiment d'échec, problème de discipline), obtention de diplômes et/ou choix d'orientation ou réorientation, arrêt d'étude (prématuré ou non). Perspectives professionnelles

Place des parents ou des proches dans le cursus (investissement ou désinvestissement, exigences importantes…)

Activités extrascolaires (sport, musique, art, lecture, syndicat, associatif, autres…): quelles activités ? Fort investissement ? Exigences parentales particulières ?

Amis : importance des amis ? Qui sont-ils ? Quelles activités avec eux ? Mixité (sociale, genre)? Ruptures de liens? Sentiment d'exclusion ou d'isolement ? Discriminations subies au sein du groupe de pairs (sociale, raciale) ?

Relations amoureuses : échecs sentimentaux, ruptures, caractériser le types de relations et les attentes envers le/les partenaires

Trajectoire résidentielle

Ville(s) de résidence successives et type(s) d'habitation(s)

Liens familiaux

- *Famille nucléaire*

Conflits et problèmes familiaux importants? Ruptures familiales?

Violences subies?

- *Famille étendue*

Supports disponibles ou indisponibles (éloignement familial, soutiens financiers ou émotionnels disponibles)

Conflits entre les membres du (des) groupe(s) familia(ux)l élargis? Nombreux, fréquents, latents? sentiments vis-à-vis de ces problèmes?

Problèmes médicaux

Avez-vous eu des problèmes nécessitant des soins médicaux durant cette période? De quels types de problèmes s'agissaient-ils? Pouvez-vous me décrire cette ou ces période(s) de votre vie? Comment ont-ils été pris en charge (décrire)? Avez-vous eu un soutien de la part de vos proches? Cela vous a-t-il posé des difficultés dans vos relations personnelles ou au travail?

Avez-vous consommé des médicaments psychotropes? Depuis quand et pour quelles raisons? Pendant combien de temps?

Avez-vous déjà effectué une ou des TS au cours de cette période? Pouvez-vous me décrire ce qui s'est passé et comment vous avez vécu ce(s) moment(s)? Avez-vous été prise en charge aux urgences?

Si non, pourquoi? Et que s'est-il passé?

Si oui, pouvez-vous me décrire votre passage aux urgences? Combien de temps? Quelle relation avec l'équipe de soin? Comment avez-vous vécu cette (ces) expérience(s)? Avez-vous été suivi à la suite de ces TS?

Si plusieurs TS prises en charge, le rapport à l'équipe de soin a-t-il changé au cours des prises en charge successives?

En quoi cette expérience a changé votre vie (relationnelle, professionnelle, scolaire, sociale)?

- **De l'âge adulte à maintenant**

Pouvez-vous me parler de votre vie après avoir terminé vos études

Cursus professionnel

Quand avez-vous obtenu votre premier emploi? Lequel était-ce? Comment cela s'est-il passé?

Emplois successivement occupés

Conflits et difficultés au travail (organisation, valorisation au travail, relations professionnelle)

Arrêt(s) professionnel(s): voulu(s) ou subi(s), définitifs ou temporaires, causes supposées,

Liens familiaux

- *Rapport vie privée/vie professionnelle*

Quelles contraintes exercent la vie privée sur la vie professionnelle?

- *Famille nucléaire*

Comment perçoit la participation du ou de la conjointe dans les tâches quotidiennes et éventuellement les enfants?

Y a-t-il des conflits avec le/la partenaire? Lesquels? Ces problèmes trouvent une solution? Sont-ils fréquents? Impliquent-ils la participation d'autres personnes (familles, amis)

Ruptures sentimentales éventuelles?

Enfants et rôles parentaux (projets éducatifs): quel investissement et quelles difficultés?

- *Famille étendue*

Supports disponibles ou indisponibles (éloignement familial important, soutiens financiers ou émotionnels disponibles) ? Lors de la TS

Identifications sociales possibles au sein du groupe

Conflits entre les membres du (des) groupe(s) familia(ux)l élargis

Relations extra-familiales

Amis ou connaissances régulières : qui sont-ils et quelles activités avec eux ?

Soutien éventuel (financier, émotionnel) ?

Loisirs et activités extra-professionnelles

Activités extrascolaires (sport, musique, art, lectures, syndicat, associatif, autres…): quelles activités ? Fort investissement ?

Problèmes médicaux

Avez-vous eu des problèmes nécessitant des soins médicaux durant cette période? De quels types de problèmes s'agissaient-ils? Pouvez-vous me décrire cette ou ces période(s) de votre vie? Comment

ont-ils été pris en charge (décrire)? Avez-vous eu un soutien de la part de vos proches? Cela vous a-t-il posé des difficultés dans vos relations personnelles ou au travail?

Avez-vous consommé des médicaments psychotropes? Depuis quand et pour quelles raisons? pendant combien de temps?

Avez-vous déjà effectué une ou des TS au cours de cette période? Pouvez-vous me décrire ce qui s'est passé et comment vous avez vécu ce(s) moment(s)? Avez-vous été prise en charge aux urgences?

Si non, pourquoi? et que s'est-il passé? Comment avez-vous vécu cette (ces) expérience(s)? Avez-vous été suivi à la suite de ces TS?

Si oui, pouvez-vous me décrire votre passage aux urgences? Combien de temps? Quelle relation avec l'équipe de soin? Comment avez-vous vécu cette (ces) expérience(s)? Avez-vous été suivi à la suite de ces TS?

Si plusieurs TS prises en charge, le rapport à l'équipe de soin a-t-il changé au cours des prises en charge successives?

En quoi cette expérience a changé votre vie (relationnelle, professionnelle, scolaire, sociale)?

Comment a réagi l'entourage ? Les amis ?

Quel impact sur la vie familiale et/ou professionnelle ?

3. Essai d'analyse de recompositions de trajectoires sociales

Pour reprendre les termes de Lahire (2013), l'étude des plis du social permet de comprendre comment de grandes tendances s'inscrivent de façon particulière dans des parcours singuliers. C'est la constitution du rôle au sein du parcours qui permet de relier les facteurs sociologiques à la singularité du vécu : que signifient le mariage, la conjugalité, la filiation ou le travail au sein des parcours des individus ? Comment ces références prennent place et sont pensées par les acteurs et quels rôles jouent-elles dans les alternatives aux problèmes soulevés ? Nous proposons de nous intéresser à la question du genre dans les quelques trajectoires disponibles. Dissocier cette dimension des autres problématiques en jeu a tout d'artificiel, mais l'exercice, on le verra, n'est pas inutile. La notion de *recomposition* constitue ici un outil qu'il nous parait intéressant de mobiliser pour saisir les contraintes sociales des individus, leurs particularités au regard des contextes de vie, mais également pour comprendre les stratégies individuelles ainsi que leurs articulations avec les normes sociales.

Sans disposer d'une quantité suffisante d'entretiens permettant de systématiser l'analyse et de présenter des idéaux-types structurés de trajectoires suicidaires, les quelques exemples que nous proposons montrent – nous l'espérons en tout cas – l'intérêt qu'il y aurait à approfondir l'étude des parcours sociaux et l'analyse de l'articulation entre normes sociales et singularité individuelle.

3.1 « Je suis triste alors que j'ai tout… » : récit d'une recomposition incertaine

Gérard est un homme dans la cinquantaine qui vit dans une petite commune proche d'une grande ville. Il est toujours en activité, divorcé et en couple. Il a des enfants. Il a effectué une tentative de suicide et a été pris en charge aux urgences psychiatriques quelques jours. Il n'a aucun antécédent de tentatives de suicide ni de troubles mentaux, et n'a jamais eu de traitements psychotropes. Il occupe actuellement un poste de cadre dans la fonction publique. Son emploi est décrit de façon positive. S'il décrit son divorce comme complexe, il est à son initiative et dans le cadre d'une recomposition souhaitée de sa part dans une nouvelle union : le divorce est décrit comme bien vécu de son côté.

L'événement du divorce est important, non dans la perte du lien conjugal, mais dans la recomposition qui s'ensuit. Gérard décrit la recomposition « manquée » d'un foyer avec sa nouvelle compagne. Ayant tous deux des enfants d'une première union, des conflits entre les enfants et le couple ont rendu impossible la légitimité de la relation, aux dires de l'interviewé. Ainsi, la recomposition familiale n'est pas satisfaisante aux yeux de Gérard. L'impossibilité de « refaire famille » est un élément important des difficultés rencontrées, induisant une incapacité relative, pour Gérard, à situer ses attentes et son investissement dans la nouvelle relation de couple :

- Gérard : […] *on ne pouvait plus vivre ensemble parce que ça se passait mal, mal avec les enfants* […] *donc on n'avait pas la même vie finalement et euh... voilà.* […] *On se voit on mange ensemble… on a… des rapports euh... chez l'un et chez l'autre. Oui, mais on ne vit pas ensemble quoi… c'est un peu dommage... un peu gâchis quoi…*

*

Du point de vue professionnel, il n'est pas possible de considérer la situation de Gérard comme un parcours d'oppression, comme le propose Canevascini (2012) à propos des conduites suicidaires. On trouve chez Gérard l'acquisition d'une position hiérarchiquement plus élevée que sa position d'origine, et l'accès à un statut stable et rémunérateur. L'interviewé a gravi progressivement les échelons : d'abord dans un établissement qu'il connait (mobilité verticale), puis dans d'autres établissements une fois cadre (mobilité horizontale). Ce parcours professionnel correspond à la revalorisation d'une difficulté scolaire initiale, difficulté que l'interviewé attribue au système scolaire.

Bientôt arrivé aux termes de cette carrière, Gérard envisage une bifurcation pour la retraite. Cependant, il y a une interaction entre la difficulté de recomposition familiale et la mise en place de ces projets : le couple étant incertain, l'investissement dans le projet post-retraite rend d'autant plus précaire l'éventualité d'une pérennité de la relation. Cette dernière est d'autant plus vécue comme un échec. L'interviewée décrit ainsi une situation de couple tronquée, où chaque partie maintient le lien dans l'incertitude :

> Gérard: […] *C'est un projet voilà. Pour le moment… pour le moment c'est, voilà si ça se trouve demain elle aura quelqu'un... si ça se trouve demain j'aurai quelqu'un. Voilà on vit euh... je ne dirais pas au jour le jour notre aventure, mais au mois, ou trois mois euh... parce que là on avait prévu de*

partir mais euh... peut-être dans trois mois, on sait très bien que c'est possible qu'il y ait une fin un moment donné hein. Ce n'est pas...

Les retards répétés dans la mise en place du projet post-retraite accentuent la tension pour l'interviewé, qui par ailleurs subit une pression dans son travail actuel. Fragilisé, il dit ne pas parvenir à maitriser complètement les tensions de son poste :

Question: *et professionnellement à côté ça allait?*
Gérard: *oui, oui, c'est pareil la fatigue, euh, le stresse euh... Je ne vais pas dire burn-out hein, mais on est euh... on est cadre... On nous booste, c'était les fins d'années, nous, on avait toujours les bilans... aux (inaudible) relationnels, voilà euh... Mais c'est de la fatigue mais ce n'est pas des trucs insurmontables, c'est des trucs que j'ai déjà connus, mais, que j'ai gérés... Là ça a été, tout est tombé en même temps beaucoup trop de choses, et je ne sais pas une période euh... »*

L'interviewé rapporte lui-même sa capacité antérieure à adapter les injonctions requises à sa capacité réelle de gestion :

- Gérard: […] *On est des cadres euh... on a toujours des échéances euh... politiques euh... ..budgétaires euh... Enfin voilà et puis chez nous ça, ça tombe euh, enfin le politique il arrive, il dit ben voilà je veux ça pour hier quoi… Et puis tout ça redescend hein, vous savez la chaine ça bam bam bam… Euh, puis nous on est en bas… Et il faut encore aller plus vite quoi. Mais bon à un moment donné je... Je savais dire euh... Bah oui je vais le faire mais… quand je le ferai. Mais là, je ne sais pas... »*

*

On trouve ici une configuration d'éléments qui tend à rendre la situation de Gérard incertaine : *1)* un parcours valorisé qui prend bientôt fin et qui connait des difficultés récentes, bien que considérées comme « normalement » surmontables au regard des capacités que Gérard se prête et dont il a déjà fait preuve ; *2)* l'investissement dans un projet structurant les années à venir, supposé faire la transition, dans lequel Gérard investit une grande part de son temps, mais qui « traine » et qui nécessite un surcroit d'investissement ; *3)* une recomposition familiale incertaine qui entraine un surinvestissement dans le projet de transition et qui interdit à Gérard l'investissement affectif qu'il escomptait initialement.

La tentative de suicide intervient sans prévenir dans le cas de Gérard. Elle est liée à une difficulté liée au projet post-retraite de Gérard : difficulté qu'il considère, après-coup, comme mineure. Elle marque, dans le bref laps de temps où l'interviewé la prépare, une impossibilité

à agir dans les rôles valorisés et une *improvisation non prévue,* aux dires mêmes de l'intéressé. Elle tend à répondre, en partie du moins, à l'impossible construction d'un nouveau foyer, d'une part, et aux difficultés liées au plan de vie professionnel (seul cadre véritable d'investissement actuel), d'autre part. Il y a là l'aveu d'une difficulté conjoncturelle liée à une situation déçue et épuisante. Si l'on s'en tient à l'idée d'oppression et de privation, le geste est incompréhensible. C'est d'ailleurs ce dont parle Gérard :

- *« Gérard: oui... un petit peu de... je n'en sais rien, oui... je, euh… un peu moins triste. Je suis triste. Alors que j'ai tout enfin voilà! vous voyez bien, je suis directeur, j'ai une moto j'ai une voiture, j'ai un bateau… et… bon ce n'est pas... »*

Le décalage vis-à-vis des rôles désirés est façonné par certaines institutions sociales : l'importance de la recomposition familiale réussie ; la relation avec les enfants et l'importance de leur place, qui entre en conflit avec la volonté d'une recomposition libre dans une nouvelle union ; l'importance de rester actif et moteur après la retraite et de structurer un projet ; l'importance de démontrer sa capacité de gestion en cas de pression et de demande forte, malgré les contradictions de ses exigences. La place des normes sociales n'est ainsi pas négligeable. La relation conjugale contemporaine parait au cœur du récit, quand bien même Gérard ne semble pas lui accorder une grande importance. Une société qui promeut le libre choix du conjoint, pour reprendre la formule de Giddens, déplace les tensions liées à l'importance de l'affiliation. Dans une configuration où ce choix est réversible, la recomposition réussie est d'autant plus importante qu'elle est valorisée socialement, et que la solution et les ressources sont laissées à la charge des individus. Le rôle des enfants, chez Gérard, est intéressant : il ne rentre pas dans la perspective d'une perte du lien de filiation (hypothèse que nous avons formulée précédemment, à la suite de Brownlie (2012)), mais dans les problèmes que le lien de filiation (ses exigences contemporaines) peut poser dans le cadre d'une recomposition du lien conjugal hors mariage.

La question de l'individualisation émerge donc dans le creux des problématiques de Gérard. La capacité de l'individu à adapter et à conjuguer ses rôles est fondamentale pour saisir le sens de l'incapacité de Gérard, temporaire, à souscrire aux attentes qu'il s'est formé et qu'il doit gérer selon son parcours singulier. Gérard s'épuise graduellement dans des recompositions où il doit montrer sa capacité d'indépendance – vis-à-vis du couple précaire par exemple –, tout en maintenant le lien dans lequel il s'est investi. Il doit également montrer sa capacité à souscrire aux exigences hiérarchiques, dans les échéances, par exemple, et dans l'accumulation

des nouvelles normes de son activité. Il doit encore faire preuve d'une initiative pour un futur plan de vie contrarié par les difficultés affectives.

3.2 « J'ai élevé mes enfants toute seule… » : l'horizon réduit des alternatives selon le genre

Nathalie est une femme entre 45 et 54 ans, divorcée, employée dans une grande entreprise. Comme Gérard, elle n'a pas d'antécédents de tentatives de suicide, ni d'antécédents psychiatriques. Elle n'a jamais été sous médicaments psychotropes. Elle est issue d'une famille monoparentale, élevée par sa mère qui exerçait la profession d'infirmière. Elle a plusieurs enfants.

Au contraire du premier interviewé, les difficultés relatées par Nathalie sont plus précoces et s'ancrent dès l'enfance. L'interviewée relate d'abord un manque affectif important lié à la fois à l'absence de son père et à l'attitude de sa mère. L'interviewée présente ainsi ces manques comme une fragilité initiale. Elle décrit un surinvestissement dans un rôle maternel précoce, lié au manque d'affection de sa mère : la difficulté dans le domaine de l'affiliation entraînerait ici un surinvestissement en la matière. L'investissement dans la filiation se comprend en dehors d'une relation conjugale particulière, aux dires même de l'interviewée, confirmant la subordination du rôle de concubine vis-à-vis de celui de mère.

Dans ce cadre, l'investissement dans le rôle maternel supplante à la fois l'investissement professionnel et l'investissement conjugal. Or, la maternité précoce rompt ici la trajectoire scolaire et précarise la trajectoire professionnelle de Nathalie. Celle-ci se marie et emménage chez son époux. Une fois mariée, elle s'investit encore dans la maternité avec un deuxième enfant issu de cette union. Elle décrit la période comme la satisfaction de son désir d'enfant, prenant le pas, encore une fois, sur la relation affective conjugale :

- Nathalie: *parce que j'avais plus d'amour pour lui et j'avais plus de... je crois que ça me suffisait en gros d'être maman que j'étais quoi... et puis euh... le divorce s'est fait et puis, ben j'ai élevé mes enfants toute seule.*

Une spécificité de cette trajectoire féminine réside ainsi dans la contrainte structurelle qu'implique la maternité. En effet, l'interviewée est sans diplôme. Son parcours professionnel est caractérisé par la nécessité d'obtenir un emploi de faible qualification. Elle occupe une place

d'employé durant son mariage, caractérisée par des horaires de nuit et une certaine précarité. Elle divorce, puis est licenciée. Précaire et sans diplôme avec deux enfants à charge, elle trouve un travail comme employée dans une grande entreprise, dont les horaires lui conviennent. Ce parcours est plus tortueux que le premier interviewé et il est plus caractéristique d'une condition féminine de négociation entre l'investissement professionnel et l'investissement familial. Mais il convient de noter ici que les différents investissements de Nathalie l'engagent pleinement. Quand bien même cet investissement n'est pas simplement le résultat d'une volonté propre à Nathalie d'investir un rôle maternel au détriment d'une carrière professionnelle – les attentes sociales ont, en la matière, un rôle coercitif non négligeable –, l'interviewée décrit bien ici un choix qu'elle conçoit comme constitutif de son « identité personnelle », soit du rôle qu'elle veut voulait incarner.

*

La problématique suicidaire de Nathalie prend forme dans un contexte de triple tension. Chaque tension est fondée dans la trajectoire et les éléments précédemment décrits. Il s'agit *1)* d'une remise en cause du rôle maternel à la période de vie du départ des enfants. Il s'agit encore *2)* de la précarité d'une relation conjugale nouvellement formée et de la difficulté à « faire famille » dans cette nouvelle union. Il s'agit enfin *3)* de la précarisation de l'emploi associée à une violence hiérarchique.

Au niveau de l'investissement maternel d'abord, l'entrée des enfants de Nathalie dans la vie active entraine une transformation de la relation et une restructuration du rôle de mère. Nathalie ressent l'éloignement comme une perte significative de ses qualités individuelles. Au regard de son parcours, cette situation prend une gravité particulière. Nathalie est bien, dans le cas présent, confrontée à une tension forte entre son attachement et son indépendance. Structurée sur un attachement fort et systématiquement dominant avec ses enfants, Nathalie doit dès lors montrer une forme d'indépendance et abandonner des éléments valorisants de son rôle de mère, qu'elle dit avoir très tôt investi. Ce phénomène n'a pas été décrit dans la première interview : Gérard ne mentionne pas l'événement alors qu'il a eu lieu. En ce sens, le départ des enfants parait complexe à gérer, Nathalie ayant surinvesti son rôle maternel :

- Nathalie: *oui j'ai vécu que pour mes enfants...* (petit silence) (inaudible) *enfants... le dernier est parti euh... il y a un an...* […] (elle recommence à pleurer)
  Question: *compliqué...*

Nathalie: *oui* (étouffé dans un sanglot)
Question: *dites-moi si vous avez besoin…*
Nathalie: (signe de la main) *l'impression qu'ils ont plus besoin de moi* (sanglotant) (silence)... *C'est faux parce que... ils ont toujours besoin de moi... mais euh... ils ne dépendent plus....*

Ensuite, comme dans le cas de Gérard, le divorce ne semble pas faire problème en soi pour Nathalie. La séparation est à son initiative et elle dit l'avoir bien vécu :

- Nathalie: *je pense que je l'ai bien vécu parce que moi j'en avais plus euh... au départ j'avais plus de… d'amour pour cet homme donc euh voilà... moi, j'avais tourné la page.*
  Question: *d'accord. C'était vous qui aviez initié la séparation?*
  Nathalie: *oui.* (silence)

C'est la restructuration complexe d'un lien conjugal et la recomposition familiale qui pose problème, des années après ce divorce.

Nathalie entretient une relation avec un homme lui aussi séparé et qui a également des enfants. Elle vit de façon douloureuse la nouvelle relation parce que le rôle qu'elle doit endosser n'est pas clair et ne la satisfait pas. Elle n'arrive pas à endosser un rôle de nouvelle compagne au sein d'une configuration familiale où elle occuperait une place précise, stable et active, notamment auprès des enfants du dit-compagnon :

- Nathalie: *Depuis un an… je suis avec quelqu'un...* (elle se mouche) *on ne vit pas ensemble... parce que lui est séparé et en cours de divorce...* […] *donc il a ses enfants* […] *et je vis très très mal la situation que l'on vit tous les deux... Parce qu'il est en cours de divorce et que... il ne [présentera] pas une autre femme à ses enfants tant que le divorce [n'est] pas prononcé et que... Et moi je le vis très très mal, cette situation aussi parce que j'ai l'impression qu'on est dans le mensonge… et euh... et quand euh… quand il a ses enfants moi j'ai l'impression de... j'ai l'impression d'être exclue... »*

Comme Gérard, l'impossibilité de refaire famille déstabilise Nathalie. Elle n'est pas la seule cause de souffrance, mais elle renforce des tensions déjà présentes et en crée une nouvelle. Comme Gérard, la situation est vécue dans l'échec. Pour Nathalie, la recomposition précaire d'une union renvoie à un sentiment d'exclusion et d'isolement. Nathalie essaie de faire face à des exigences contradictoires dans ce domaine encore : elle doit marquer son attachement dans la distance, être concubine tout en restant en dehors des attachements de son conjoint. La recomposition réussie semble se faire sur le modèle de la famille nucléaire classique, et c'est bien cette exigence déçue qui affecte Nathalie, qui voit son parcours comme à l'arrêt.

La dernière dimension problématique pour Nathalie est d'ordre professionnel. On a mentionné que son parcours a pris une direction initiale relativement mal aisée du fait de son investissement maternel central. Après les séparations, Nathalie est la principale pourvoyeuse du foyer. Peu de temps après son divorce, elle subit un licenciement. Elle trouve son emploi actuel et y trouve l'occasion d'une certaine réalisation personnelle. Au-delà de son statut de mère, qu'elle met en avant, Nathalie décrit une valorisation de ses compétences dans le domaine professionnel dans son dernier emploi, non pas en termes d'ascension sociale, mais en termes d'autonomie et de compétences :

- Question: *c'est-à-dire...*
  Nathalie: *c'est-à-dire ben...moi je faisais.... j'étais très autonome* […] *Donc j'avais des horaires euh... je faisais 10 heures, 13 heures, et 14 heures 18h tous les jours et puis euh... donc je prenais même* (inaudible) *avec, des projets... Enfin j'avais une grande liberté, je faisais ce que je voulais.*
  Question: *d'accord.*
  Nathalie: *euh.... et j'avais été reconnue plusieurs fois dans mon travail* […] *par mes responsables, parce que j'étais première France dans mon travail, et donc j'étais euh, reconnue sur* [beaucoup de] *salariés, c'est vrai que... quand on est premier ben c'est valorisant.* (elle commence à pleurer)

Nathalie voit ainsi une amélioration de ces conditions de travail (elle n'est plus en horaires de nuit) mais surtout la valorisation de sa performance personnelle. Elle peut investir une identité de travailleuse dans l'autonomie et dans la responsabilité, où ses initiatives sont valorisées, lui permettant une marge de manœuvre importante dans la réalisation de son travail comme dans sa vie privée. Cependant, des transformations hiérarchiques viennent réduire drastiquement cette valorisation.

Nathalie décrit une privation graduelle de son travail, de son autonomie dans la réalisation de celui, puis une privation de nombreuses tâches, à tel point que son activité devient contrôlée à la minute. Nathalie expérimente alors une dévalorisation de sa qualité de travailleuse, vécue dans l'injustice et l'échec, et renvoyant à une dévalorisation de sa qualité personnelle. Rapidement, elle vit l'humiliation et la dégradation publiques sur son lieu de travail : on ne la prive pas seulement d'un moyen de se réaliser, mais on dégrade publiquement sa personne en rabaissant sa compétence et en réduisant son rôle à celui d'exécutant. L'interviewée reste investie dans son travail et assume les contraintes imposées par sa hiérarchie, afin de garder son emploi et, malgré une protestation qu'elle tente de construire au sein de son entreprise, elle perd les conflits successifs. S'ensuivent des conflits plus ouverts et

Nathalie décrit récemment une agression physique de sa hiérarchie à son encontre, peu de temps avant sa tentative de suicide.

Après une période d'investissement dans le domaine professionnel, Nathalie expérimente donc une précarisation de sa condition de travail et l'impossibilité de valoriser son activité, dans un rôle qu'elle a pourtant endossé depuis plusieurs années et qui tendait à pallier ses investissements antérieurs, plus focalisés sur ses enfants. L'agression physique n'est qu'un élément d'une pression impressionnante et d'une déstructuration d'un rôle désormais structurant le plan de vie de Nathalie. L'échec est vécu personnellement et n'amène à aucune décharge collective, par la résistance syndicale par exemple. Celle-ci demeure fragile et ne permet pas d'envisager la situation autrement que de façon privée. Quand bien même le conflit collectif aurait pris, c'est dans ses qualités personnelles au travail que Nathalie ressent un désaveu progressif.

*

Dans ces deux entretiens, on observe des *patterns* qu'on retrouve dans la littérature sociologique sur le suicide : par exemple, l'importance du parcours professionnel, la transition vers la retraite, l'importance de la relation de filiation et ses aménagements complexes. On voit que la participation professionnelle chez les femmes est bel et bien structurante, tant parce qu'elle est affectée par la maternité que parce qu'elle participe aux tensions domestiques et familiales, ou encore parce qu'elle guide une forme d'investissement et de réalisation personnelle qui constitue une ressource de valorisation de soi. La question du genre mériterait ici un approfondissement des parcours sociaux, selon l'âge et l'origine sociale, le type d'activité professionnelle et d'investissements familiaux. Sans être en mesure de décliner l'importance de ces facteurs dans nos entretiens, on notera que certaines problématiques liées au genre se retrouvent dans d'autres parcours, comme chez Marie-Claire.

Marie-Claire est une mère dans la cinquantaine. Elle a vécu plusieurs divorces et elle vit seule en périphérie d'une métropole de taille moyenne. L'interviewée devient cheffe de famille monoparentale rapidement et est contrainte à l'abandon de ses études supérieures. Elle tente de reprendre ses études, puis rencontre un compagnon avec qui elle a des enfants. Une séparation la contraint de nouveau à arrêter son parcours universitaire et à trouver un travail. Elle dit ainsi avoir élevé seule ses enfants. Marie-Claire trouve un travail à l'aide de son nouveau

compagnon. Mais l'interviewée décrit à cette période une situation particulièrement traumatique.

Elle subit en effet des violences de la part de son mari, régulières et importantes, dans le même temps qu'elle se surinvestit dans le travail qu'elle exerce avec celui-ci. En la matière, son investissement professionnel est décrit comme valorisant pour elle, dans un premier temps, mais il est entièrement régulé par sa relation conjugale : son mari est l'autorité hiérarchique directe. Sa maladie est également régulée par son mari dans la gestion de la médication : son époux lui prescrit sa médication pour les difficultés psychologique dont elle souffre (l'interviewé décrit une dépression longue sur laquelle nous reviendrons). Marie-Claire décrit ainsi une période de domination totale qui affecte tous les aspects de son quotidien, au travail, dans l'espace domestique, dans la gestion de son trouble :

> Marie-Claire : [...] *il a commencé à me taper dessus mais quand je dis taper dessus je volais entre les murs quoi...* […] *alors je travaillais 90h par semaine. C'était de 7h du matin à 22h, moi c'était 2 nuits blanches pour envoyer tout le courrier* […] *euh... et puis... je voyais mes enfants, que le dimanche, de 14h à 18h…* […] *[c'est] lui qui, lui, euh, m'a dit tu vas plus voir de psy j'te fais les ordonnances*
> Question : *oui*
> Marie-Claire : *mais tu continues à travailler quoi, tu continues à travailler, tu, tu tu, tu ne t'arrêtes pas comme ça, tu continues à travailler. et en fait quand je vois ses ordonnances j'me dis mais... c'était vraiment un ... entre guill... enfin non je vais le dire le mot, c'était vraiment un salopard parce que ... euh.... euh, il n'y avait rien pour lutter contre la dépression*
> Question : *mh*
> Marie-Claire : *mais par contre il y avait tout pour me calmer... Pour que je sois euh, fouffff, pas abattu mais* […] *Et je les ai gardées les ordonnances. Je les ai gardées... sans rentrer dans la paranoïa bien évidemment, mais euh.... Disons que… J'étais... On va dire... Euh... Comment je pourrais vous dire... Comme un pantin quoi. Il me disait de faire ça je le faisais, il me disait de faire ça je le faisais. Voilà, comme euh... Oui! Comme une marionnette! J'étais sa marionnette en fait.*

Une fois séparée, la situation financière se détériore pour Marie-Claire. Issue initialement d'une famille aisée, Marie-Claire se retrouve dans une situation financière intenable avec ses enfants à charge : son niveau de vie baisse drastiquement, n'ayant aucun diplôme et une expérience peu valorisable. Comme dans l'entretien de Nathalie, la mise en couple, le divorce et la séparation représentent chez Marie-Claire des éléments qui affectent fortement sa trajectoire. Ici la trajectoire professionnelle induit des difficultés spécifiques liées à l'investissement dans un travail peu reconnu et subordonné, dans ce cas totalement, à la position de l'époux.

*

* *

Ces cas nous paraissent bien illustrer certains questionnements que nous avons abordés au cours de cette thèse. La question de la recomposition du cycle de vie semble ici centrale. Changer de vie, pour reprendre les termes de Marc-Henri Soulet (2010), ce n'est pas tout recommencer. C'est remobiliser les éléments fondamentaux qui structurent la trajectoire dans un nouveau projet. Reprenant l'analyse de Berger et Luckman, Soulet renvoie à la notion de socialisation secondaire, qui nécessite de mobiliser un socle de valeurs commun avec la socialisation primaire : un socle d'apprentissages qui permette de faire le lien et de réadapter les rôles et valeurs centraux, en crise, au sein d'un nouveau parcours.

Pour que cette rupture s'opère et qu'un changement « identitaire » puisse s'organiser de manière satisfaisante, Berger et Luckman décrivent plusieurs conditions : l'existence *1)* d'un dispositif de médiation, qui permet la transition ; *2)* d'un « appareil de conversation », qui permet une verbalisation et la validation des choix ; *3)* d'une structure de plausibilité, c'est-à-dire une cohérence narrative entre les éléments identificatoires en crise et les nouveaux éléments en gestation. Dans ce processus, Soulet souligne l'importance des tiers dans la constitution et la reconnaissance des ressources.

La question du genre, ici, parait structurante. Une suicidante prise en charge au service *A*, parmi les premières observées, décrit une configuration de problèmes où la rupture conjugale est centrale. Si le motif principal de l'intoxication médicamenteuse est la rupture, celle-ci s'inscrit dans une dévalorisation du statut social : avoir la trentaine, être dorénavant célibataire, avoir un emploi « quelconque » et mal rémunéré. Le choix de l'emploi est, ici encore, lié à la maternité : d'abord, arrêt du premier travail et des études, ensuite, emploi jugé « quelconque », au SMIC. La précarité économique des femmes est loin d'être négligeable pour comprendre leur incapacité temporaire à agir, et leurs contraintes sont spécifiques. Si la rupture est envahissante, c'est bien que les conditions socio-économiques lui ont donné une importance particulière dans la constitution d'un rôle valorisable et désirable.

En réalité, le genre est d'autant plus important qu'il affecte une médiation centrale en matière de conduite suicidaire, à savoir la médiation médicale. Nous proposons ainsi de revenir brièvement sur la question du rapport au soin, ce qui nous permettra d'aborder – trop rapidement il est vrai –, la question du recours médical du point de vue des patients.

3.3 La médiation médicale et le genre

L'analyse des temps de parole de notre échantillon de six individus n'est pas inintéressante pour aborder cette question de l'importance de la médiation médicale dans les parcours des interviewés. Le discours sur la maladie et les difficultés qui lui sont associées est caractéristique des récidivistes. Chez les femmes, 24,09% du temps de parole est consacré à des problèmes de santé, généralement psychiques. Or, 92,28% de ce temps est mobilisé par des interviewées ayant réalisé plusieurs TS. Le discours sur la maladie représente 28,39% du temps de parole des femmes récidivistes et seulement 8,58% du temps de Nathalie, la seule interviewée non récidiviste (pour qui la question de la maladie est d'ailleurs d'ordre somatique). Chez les hommes, la tendance est identique : Gérard, non récidiviste, ne parle jamais de difficultés en termes médicaux, en référence à une dépression ou à une quelconque psychopathologie. Thomas, en revanche, seul homme récidiviste de notre échantillon, représente 100% du temps de parole masculin consacré à la maladie, et cette thématique représente 38,5% du temps de son récit de vie.

Et la question de la psychopathologie tend, en effet, à structurer le discours de ceux qui en ont une longue expérience. Comme le montre Choquet et Granboulan (2004), les jeunes ayant réalisé de multiples tentatives de suicide sont généralement davantage en lien avec le système de soin, avec la psychiatrie notamment, et ce, de manière plus ou moins erratique. Or, cette dimension est centrale lorsqu'on s'intéresse au discours des interviewés. Notre matériau reste ici très limité, évidemment. Cependant, cette question de la place de la médiation médicale dans la narration des individus est intéressante. Darmon (2008) rapporte très justement comment certaines patientes anorexiques deviennent expertes dans l'art de se raconter soi-même, et comment le discours médical intègre ces récits de vie. Pour notre part, l'intégration du soin dans le parcours de vie parait centrale, par son importance ou, au contraire, par son absence.

*

Gérard souligne son manque de communication patent, de façon générale : il garde tout pour lui, il valorise la résistance face à l'échec ou aux difficultés. Il décrit d'ailleurs l'éducation de ses enfants en ces termes et pointe du doigt cette attitude comme un véritable problème qu'il comprend *a posteriori* :

- Question: *et ça a été pris comment [la tentative de suicide]?*
  Gérard: *incompréhension...*
  Question: *c'est l'éducation que vous leur aviez donnée?*
  Gérard: *oui... oui on ne se plaint pas, on ne pleure pas...on... tout va bien... on garde ses... emmerdes pour soi, on ne fait pas chier tout le monde on.... c'est surement des conneries hein. Oui, oui.*
  […] *parce que parce que... bah, j'ai toujours élevé dans... il n'y a pas de faiblesse. Si t'es faible, tu n'es pas bon. C'est con hein, mais si t'es faible, tu n'es pas bon... voilà.*

La rupture, l'incapacité fulgurante de Gérard, dans ce contexte, a toutes les chances de n'être accompagnée que tardivement. On retrouve ici une tendance que Brownlie (2012) associait généralement aux conduites masculines. Pour autant, l'effet des normes de genre pourrait bien affecter la médiation médicale autrement, non pas seulement à travers le recours tardif au soin, mais bien davantage par le type d'expression des troubles et leurs effets sur les conduites suicidaires. Il s'agit là de l'hypothèse que nous avons proposée à propos des conduites addictives, et que le cas de Thomas illustre assez bien.

Thomas est un jeune homme actuellement au chômage, dans la trentaine. Il est célibataire et n'a pas d'enfants. Son parcours présente des violences précoces durant l'enfance, hors du cadre familial. Thomas présente également un discours structuré par la présence de troubles psychiatriques précoces. Son parcours scolaire est globalement bien vécu, même si son hyperactivité précoce est décrite comme problématique. Il essaie quelques sports et adopte plus tard un sport de combat. Il décrit un parcours « normal », fait de petits chahuts et de quelques exclusions scolaires sans grandes conséquences :

- Thomas: […] *Scolairement si, j'ai eu quelques exclusions parce que j'étais un peu turbulent. Je me suis battu, des trucs... de gosses... Sinon je n'ai jamais eu aucun problème... Scolarité normale on va dire*

Il décrit une sociabilité satisfaisante durant sa période scolaire : il est grand et au centre de « la bande ».

Diagnostiqué bipolaire au lycée, il est hospitalisé plusieurs fois, suite à « des passages à l'acte » de natures diverses (violences sur soi, scarification et « violence »). Le but des automutilations est décrit comme une gestion d'états émotionnels fluctuants : le discours médical parait ici guider la compréhension de ces comportements. Malgré le traitement, les difficultés persistent. L'interviewé obtient un diplôme dans le supérieur et commence un premier emploi. Le travail de Thomas est associé à une certaine précarité non désirée (intérim).

Mais il trouve rapidement des CDI qu'il ne garde pas. Il décrit une instabilité personnelle qui le pousse à changer de travail, puis décrit une descente professionnelle consécutive à son trouble bipolaire :

Thomas: […] *j'avais du mal à me stabiliser. Je suis un peu parti en, en couille, pour parler français quoi.* […] *Après je n'ai pas trop cherché, et après j'ai perdu le, le permis…* […] *donc le temps de retrouver le permis, après c'est un peu.... et je n'ai pas cherché.. Voilà, j'avoue.*

La maladie occupe donc une place importante dans la compréhension que Thomas se fait de son parcours et de ses difficultés. Thomas perd son emploi et exprime une certaine culpabilité, n'étant pas parvenu à gérer cette période (« j'avoue »). Il valorise l'autonomie de son emploi perdu et la grande liberté qu'il lui procurait. Mais si le trouble bipolaire est mobilisé pour expliquer l'incapacité à souscrire aux exigences des postes et qu'il marque un rapport précoce au domaine médical, le parcours de Thomas est encore marqué par l'usage de drogue : un usage qui va dominer l'expression de ses problèmes et s'articuler avec ses difficultés psychiques pour en constituer une stratégie de gestion.

Thomas se met à consommer peu de temps avant ses premières hospitalisations. Il décrit d'abord l'usage de cannabis comme une forme d'automédication régulant ses variations émotionnelles. Puis, il passe à l'héroïne pour augmenter selon lui l'effet bénéfique qu'il observe sur ses souffrances. L'usage devient envahissant et déstructure tant le domaine professionnel que domestique :

- Question: *Et quand est-ce que vous avez commencé à... à consommer de l'héroïne? enfin je ne sais pas si c'était d'abord de l'héroïne ou autre chose...*
  Thomas: *au début c'était du cannabis quand j'étais jeune, j'avais... 16 ans. Je me suis rendu compte que ça avait un effet bénéfique sur moi, ça me calmait. Puis après le cannabis ne faisait plus effet, donc après je suis passé à une drogue plus dure, à l'hé, héroïne. Ça marchait très très bien en tant que neurorégulateur ... en tant que calmant*
  Question : *oui*
  Thomas : *Jusqu'à ce que j'en prenne toujours plus pour que ça fasse effet... Oui c'est le principe de l'héroïne. Et jusqu'à ce que ça ruine ma vie au niveau, financièrement, au niveau relationnel... au niveau familial. Voilà*
  Question: *Comment ça l'a ruiné?*
  Thomas: *ben après euh, je n'étais plus euh... je ne pouvais plus rien faire sans drogue. J'étais toujours obligé d'en, d'en, d'en avoir, d'en acheter, ça coute cher. Donc tout ce que je gagnais, je le mettais*

dedans. Voilà... Et après quand je n'en avais pas ben j'étais de très mauvaise humeur... j'étais malade. Donc les gens euh… ne comprenaient pas que je ne sois plus euh... normal quoi.

Son nombre d'amis diminue en même qu'il perd, à cette période, son travail. Thomas décrit deux premières tentatives de suicide, par usage d'héroïne, qui ne seront jamais prises en charge médicalement parlant :

- Thomas : […] *j'ai voulu mourir... des overdoses... et ça n'a pas marché. Ben c'est... j'étais plus, plus dur quoi...* […]
  Question: Et euh… les fois où vous avez essayé de faire des overdoses justement, vous avez été pris en charge à ce moment-là?
  Thomas: non non, j'ai un corps qui résiste bien. J'ai juste eu un blanc, tombé dans les pommes, et j'me réveille après... toujours vivant.

La description du geste suicidaire se fait ici dans la valorisation d'une force physique, qui reste d'ailleurs en lien avec les formes de socialisation de sa jeunesse, typiquement masculine : sport de combat, bagarre (« *ça aurait tué d'autres de mes amis... mais moi, j'ai un corps assez résistant... j'ai de la chance... enfin...* »). Comme Gérard, Thomas décrit par ailleurs une difficulté à « s'épancher ». Certains éléments, potentiellement plus caractéristiques des attitudes masculines, passent ainsi pour structurer les modes d'adaptation et de communication de Thomas : le retrait, le silence, comme c'était le cas pour Gérard, dans un contexte bien différent, certes. On trouve ainsi certains traits, plutôt masculins, relatifs au manque de communication des difficultés.

L'ensemble de ces éléments coïncident avec certaines données relatives aux propriétés sociales des jeunes suicidants en France. En effet, dans l'enquête de Marie Choquet et Virginie Granboulan (2004), les jeunes suicidants et suicidantes interrogés présentent généralement les mêmes écarts selon le genre dans les pratiques liées au genre, que chez les jeunes de la population générale scolarisée. Les loisirs sont multiples et variés, les activités extrascolaires sont nombreuses, les sorties également. Les différences de loisirs entre garçons et filles se maintiennent : les suicidants sont tournés vers les activités sportives et les sorties (rue, café) tandis que les suicidantes sont tournées vers la lecture et les activités artistiques ; ce sont là des différences filles/garçon que l'on retrouve dans les enquêtes nationales auprès des jeunes. Cependant, les suicidantes ont subi plus de violences sexuelles que les suicidants, et elles présentent plus de dépression, d'anxiété, de plaintes somatiques, tandis que les suicidants font davantage l'usage d'alcool et d'autres drogues et présentent plus d'actes de violence.

La problématique de Thomas, qui se comprend dans un climat relativement compliqué d'accès à l'emploi ainsi qu'une rupture sentimentale significative, s'exprime donc sous la forme d'un *mal-être* plus typiquement masculin, de telle sorte que ses tentatives de suicide ne sont pas comprises comme telles, et ne sont pas prises en charge. Le manque de mobilisation du système de soin est bien en jeu, malgré le rapport précoce de Thomas avec la psychiatrie pour ses troubles bipolaires. S'ajoute ici une expression qui ne permet pas l'intervention de crise rapide et cohérente. On trouve, à notre sens, une illustration intéressante de nos hypothèses précédentes relatives à l'usage de drogue en matière de conduite suicidaire masculine.

Après une rupture, Thomas est pris en charge pour son addiction et adopte un traitement de substitution, en plus de ces autres traitements. La lourdeur des médications de Thomas intègre plus fortement son quotidien. Les difficultés d'emploi persistent et les difficultés de gestion du trouble demeurent. L'interviewé décrit alors l'arrêt complet de ses traitements, n'y trouvant pas la satisfaction escomptée, et il décrit la lassitude des échecs successifs. La description de l'ensemble de ces facteurs se fait sur un mode très personnel, Thomas trouvant dans sa personne les raisons profondes de son mal, dans son impossibilité à se dominer et à se démontrer sa valeur personnelle : *« fatigué de quinze ans de lutte contre moi-même »*. À la suite de cet arrêt, il réalise une tentative de suicide qu'il juge plus violente, plus orienté vers la mort, et il use de méthodes plus classiques :

- Thomas: *c'est ça, j'avais arrêté tous mes traitements.... pendant... deux mois, et ... ça m'a fait péter un câble méchant. Et suite à ça... ben vu que j'étais seul, j'étais en rupture avec la société... J'avais des pensées noires et des idées… de mort. Et j'ai voulu partir, fatigué après 15 ans de bataille contre moi-même.* […] *Voilà je ne m'en rappelle plus, j'étais défoncé aux médicaments. J'avais fait ça plus je m'étais ouvert les veines, dans la… dans la baignoire. Donc euh, j'ai perdu du sang, mais pas assez. Les pompiers ont fait les premiers soins et ils m'ont amené ici quoi* […]

  Question: (petit silence) *Et est-ce que vous voyez une différence entre les overdoses que vous aviez faite la dernière fois et euh, et ce que vous avez fait là ? Dans la façon dont, de ce que ça signifie pour vous?*

  Thomas*: euh... ben c'était peut-être plus euh... c'était peut-être plus... comment on dit… euh les overdoses c'était... c'était peut-être plus un appel à l'aide. Je voulais être seul. Et là je voulais vraiment en finir, pour de vrai. C'était vraiment un... je, c'était, voilà. Je voulais vraiment, mourir, à 100%*

  Question: *quand vous dites vous vouliez être seul c'était?*

  Thomas: *ben c'est-à-dire que j'étais fatigué, je voulais partir... je voulais me reposer, seul au monde. Et là je voulais mourir, je voulais disparaitre de cette terre pour être en paix quoi.*

La trajectoire médicale semble bien entrainer une transformation de sa conduite, puisqu'une fois que le traitement médical vient entièrement remplacer ce que Thomas considère comme une automédication par usage de drogue, celui-ci vit mal la transition et désespère du manque de résultats. D'une certaine manière, comme pour les autres interviewées, où la question de la psychopathologie est fortement présente, la relation au soin est d'autant plus centrale qu'un rétrécissement des autres dimensions s'opère : le travail ne structure plus l'activité quotidienne, la vie amoureuse ou familiale est un repli précaire, sinon impossible, et la maladie s'enkyste et devient une part de plus en plus importante relativement aux autres dimensions de la vie : l'échec de sa gestion n'est que plus cuisant, Thomas ayant placé son investissement dans une stratégie médicale qu'il ne considère pas satisfaisante. Ici, la tension se cristallise autour d'un geste plus classique. En encadrant la tendance addictive, l'expression de la tentative de suicide se voit clairement modifiée et aboutit à un recours bien différent, suscitant une prise en charge médicale aux urgences et une prise en considération de la crise suicidaire.

*

Marie-Claire, dont nous avons brièvement présenté le parcours, accorde une place extrêmement importante à la maladie dans son discours. La dépression est omniprésente dans son récit et elle représente un élément structurant sa manière de se définir. Marie-Claire décrit des périodes de fortes tristesses à 20 ans, suite à un deuil, qui ne sont pas diagnostiquées comme dépression. Elle est amenée à consulter un « psy » par l'intermédiaire d'une amie qui la convainc d'aller voir le sien. L'adhésion n'est pas instantanée et c'est par sa sociabilité que Marie-Claire semble accepter le diagnostic professionnel : à force que son entourage lui parle de dépression, elle accepte le diagnostic professionnel.

La maladie restructure, chez Marie-Claire, des éléments essentiels du quotidien, à commencer par le traitement et ses effets :

- Marie-Claire : *Enfin voilà. On ne peut pas dire, on ne peut pas dire que, j'ai eu une vie facile. Maintenant ça... maintenant avec le traitement de madame (psy qui la suit actuellement) euh... C'est un traitement lourd certes mais ... bon déjà je n'ai plus d'angoisse... euh tous les jours de la semaine dernière je suis sortie... parce que moi qui ait toujours fait un 36, voire un 34... et au pire quand j'étais enceinte, un 38... euh j'ai pris 30 kilos... à cause de ... ben à cause des 7 mois allongés à grignoter toute la journée... je m'achetais que des choses pour grignoter. Je ne faisais pas la cuisine*

je ne faisais absolument rien du tout... Donc euh... j'ai pris 30 kilos... et ça euh.....bah .... ça aussi... par exemple qu'on me traite, des gens que je n'avais pas vu depuis longtemps que je revoyais qui m'appelait le bonhomme Michelin... bon c'est vrai qu'il m'avait toujours vu comme ça... et c'est vrai que 30 kilos en plus... ben ça se voit quoi... Et là je commence, ça y est! je commence à... à descendre... j'ai perdu 5, après j'ai perdu 7 ça commence à revenir... C'est la première fois de ma vie que j'achetais du 48... Mais je me sentais mal aussi par rapport à ça. Et je n'avais pas un squelette qui était fait pour porter autant de poids, autant de poids alors euh… j'avais des douleurs partout, j'ai été chez le kiné, j'avais des douleurs partout.

L'interviewée présente son parcours comme une vie d'échec sur le plan conjugal, filial, professionnel. Elle se décrit comme enserrée dans la maladie et dans la succession d'événements malheureux : elle ne voit en elle aucune capacité à être soi et à agir de manière à transformer sa vie. La constitution d'une image de soi attachée à la dépression et à sa prise en charge constitue une source de tensions : l'image de soi, fortement associée à l'image du corps et à un canon de beauté qui s'impose à l'interviewée, se voit dégradée du fait de la médication et de la maladie. Marie-Claire se sent transformée par cette nouvelle donne.

Le rapport au soin participe ici de façon singulière au processus suicidaire. L'interviewée ayant réalisé de nombreuses tentatives de suicide, deux des plus récentes démontrent un changement récent d'attitude, lié à la proximité médicale de Marie-Claire et à l'importance que la maladie occupe dans sa perception des événements.

La première tentative a la particularité d'être décrite comme plus intense et plus orientée vers la mort. À la suite de cette tentative, l'interviewée dit avoir renoué avec une pratique religieuse régulière et la fréquentation des lieux de cultes – elle le fait de manière individuelle, vit sa foi de façon personnelle et ne se mêle pas aux autres pratiquants –, et avec une prise en charge psychiatrique régulière libérale. Sa dernière tentative par médicament se fait dans ce cadre d'une pratique religieuse et d'un travail psychothérapeutique réguliers. Cette dernière tentative est comprise comme une volonté de dormir. Elle n'est pas une tentative de suicide, dans les termes de l'interviewée. Ceci n'est pas sans rapport, il nous semble, avec le regain de sa pratique religieuse. Pour résumer brièvement la logique de Marie-Claire, l'interviewée dit considérer l'impossibilité à rejoindre la communauté des siens en cas de suicide. :

Marie-Claire: *oh oui… parce qu'il faut savoir que dans la religion catholique, le suicide est euh.... interdit. C'est-à-dire que si vous vous suicidez vous allez directement en enfer. Alors il m'a dit si tu veux retrouver les bras de ta maman au paradis, parce que c'est là-haut que t'iras, j'en suis certain, euh… il faut que*

t'arrêtes tes bêtises maintenant. Il faut que t'arrêtes. Faut que t'arrêtes, faut que t'arrêtes. Et là, euh... Maintenant on me dirait euh... a fortiori on me dirait maintenant euh, tu referas une tentative ou tu referas quelque chose, je ne sais pas comment vous expliquer ça mais je suis certaine à 100%, que je n'en ferai plus. Je n'essayerai plus, je n'en ferai plus, je […]

Question: *et vous m'avez dit votre dernière tentative, elle n'était pas… comme les autres.[…]*

Marie-Claire: *euh... Là je voulais juste, me mettre on va dire en standby deux trois jours. Mais... je savais pertinemment que je n'avais pas pris assez de cachets, surtout que j'arrivais en fin de traitement m'enfin bon. Je n'avais pas pris assez de cachets, pour que ce soit euh... pour que je meure... mais j'avais envie d'être, deux trois jours, déconnectée... complètement déconnectée, euh... ne plus penser à rien… ne plus penser à rien euh, oui être déconnectée, voilà dormir, dormir, dormir, dormir pour, pour euh, pour oublier.*

Mais, ici, les modalités de gestion de la maladie transforment également la forme de la conduite suicidaire : l'interviewée contacte directement la psychiatrie au moment de sa tentative. La psychiatrie devient une ressource qui aménage grandement les tensions récurrentes qui structurent le parcours de l'interviewée :

Marie-Claire : *normalement quand euh j'ai... comment ça s'appelle. ... quand j'ai un problème je sonne directement aux urgences psychiatriques...* […] *Maintenant je vais directement là-bas. Enfin maintenant j'ai ma psy j'veux dire, donc euh... maintenant j'irai, j'irai directement chez la psy, mais si vraiment euh, il se passe euh… je ne sais pas, un événement ou quelque chose, la psy n'est pas là ou c'est un WE ou un dimanche, je sonne directement en haut aux urgences psy* […].

La tentative de suicide se fait par médicaments, au contraire de toutes les autres relatées, au moment même où l'interviewée entreprend un travail structuré auprès d'un psychiatre. L'interviewée a utilisé son traitement contre la dépression. Outre l'alternative qu'il offre, le soin constitue un élément structurant les significations de Marie-Claire, au point sans doute d'envahir tous les aspects de la vie lorsque ces autres dimensions du quotidien sont trop réduites, et d'affecter la forme même du processus suicidaire. C'est en tout cas ce que les cas de Thomas et de Marie-Claire laissent ici supposer, et qu'il serait intéressant de travailler plus méthodiquement.

INDEX DES FIGURES

Figure 1: Taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide en France métropolitaine par sexe et classe d'âge pour 10000 habitants, PMSI-MCO 2004-2011 25
Figure 2: Rapport suicides/tentatives de suicide hospitalisées selon l'âge chez les femmes entre 2007 et 2012 27
Figure 3: Rapport suicides/tentatives de suicide hospitalisées selon l'âge chez les hommes entre 2007 et 2012 27
Figure 4 : Évolution des TS entre 1980 et 1998 selon le sexe 33
Figure 5: Évolution du suicide et du pouvoir d'achat 51
Figure 6: Profil du taux de suicide par âge décennal (1975-1995) en suicides (pour 100 000) 55
Figure 7: Évolution du suicide masculin entre 1950 et 1995 55
Figure 8 : Évolution des taux de suicide des hommes mariés entre 30 et 39 ans et évolution de la primo-nuptialité masculine (échelle inversée) entre 1968 et 1993 72
Figure 9 : Taux de chômage des hommes et tentatives de suicide à Edimbourg, 1968-1982 92
Figure 10 : Évolution de la crise suicidaire 234

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Effectifs et taux standardisés* de décès par suicide selon le sexe et la classe d'âges en France métropolitaine, en 2012 23
Tableau 2 Part des suicides avec antécédents de tentative de suicide (tous sexes confondus) 29
Tableau 3: Relation entre le taux d'intoxication médicamenteuse volontaire et l'indice "d'exclusion sociale" 90

INDEX DES ENCADRÉS

Encadré 1:l'analyse des violences faites aux femmes 125
Encadré 2: l'analyse des trajectoires suicidaires, un objectif avorté 143
Encadré 3:deux organisations différentes 157
Encadré 4 : l'insertion sur le terrain 160
Encadré 5 : trouver des soignants aux urgences et comprendre leur discours 164
Encadré 6 : se fier au discours et aux observations 165

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE I

REMERCIEMENTS IV

AVANT-PROPOS VIII

INTRODUCTION 1

L'individualisation des conduites suicidaires 1
Une sociologie du suicide : l'individu et le sacré dans les sociétés modernes 2
Les conduites suicidaires comme expression des limites de l'individualité contemporaine 4

Des conduites suicidaires à leur prise en charge 9
Des réponses plurielles et incertaines face aux conduites suicidaires 9
Les conduites suicidaires comme miroir déformé de l'individualité contemporaine 11

Annonce du plan 13

1. UNE SOCIOLOGIE DES CONDUITES SUICIDAIRES 17

1.1 La construction culturelle et sociale de la différence de sexe dans les conduites suicidaires 17
1.1.1 La perméabilité relative des conduites suicidaires : des conduites différentes mais comparables 20
Des différences entre suicides et tentatives de suicide 20
Des populations qui ne s'excluent pas totalement : une perspective dynamique 28
Des évolutions récentes comparables : 31
1.1.2 Une différence de sexe culturellement et socialement construite : des expressions différentes d'un même enjeu 36
Des facteurs culturels liés au genre : l'hypothèse d'une médiation culturelle 36
Des causes objectives différentes selon le sexe ? 39

Résumé 43

1.2 L'individualisation du suicide : les pistes d'analyse et leurs limites 45
1.2.1 Les évolutions du suicide au XX^{ème} siècle : l'accomplissement personnel et la réalisation de soi 45
La réalisation de soi et le suicide 48
La difficile projection de soi au sortir des Trente Glorieuses : l'uniformisation des taux de suicide selon l'âge 52
1.2.2 L'individualisation du suicide : l'autonomie et la responsabilisation au centre des problématiques suicidaires contemporaines 59
Des aspirations sociales inégalement satisfaites : morcellement économique et marginalisation 59
L'autonomie et la responsabilité : l'individualisation du suicide 64
1.2.3 Les transformations familiales et le suicide à la fin du XXème siècle : l'individualisation de la famille 69

L'émancipation des femmes et la recomposition du modèle familial 70
Mourir dans la force de l'âge : l'individualisation familiale et ses conséquences dans le suicide masculin 77

Résumé **85**

1.3 L'accomplissement personnel impossible : les bénéfices de l'approche comparée des conduites suicidaires **87**
1.3.1 La réalisation de soi dans la sphère productive : marginalisation et désaveu personnel 87
La marginalisation économique et sociale dans les tentatives de suicide 88
L'autonomie au cœur des problématiques suicidaires 95
1.3.2 L'individualisation des femmes : recomposition familiale et investissement personnel 104
Les tentatives de suicide et la recomposition de la famille 105
L'investissement personnel dans le couple et l'inégale tension selon le genre 109
1.3.3 Exclusion et marginalisation dans les conduites suicidaires féminines 117
Une transformation des références d'accomplissement de soi chez les femmes ? 117
Des aspirations amputées précocement et dans la violence 124

Résumé **131**

CONCLUSION PROVISOIRE **133**

2. DES TENTATIVES DE SUICIDE À LEUR PRISE EN CHARGE À L'HÔPITAL **135**

2.1 Une double démarche ethnographique **135**
2.1.1 D'une approche qualitative des tentatives de suicide à l'analyse de leur prise en charge 136
La critique des approches statistiques du suicide 136
Une analyse qualitative des tentatives de suicide : un objectif à repenser 139
Des tentatives de suicide à leur prise en charge : une rencontre incertaine 145
2.1.2 Une sociologie des urgences 148
L'enjeu du travail aux urgences somatique 148
L'enjeu du travail psychiatrique 152
Une ethnographie de la prise en charge des tentatives de suicide 156

Résumé **169**

2.2 Les urgences générales **171**
2.2.1 La valeur du travail et ses enjeux : l'importance de l'étiquetage des patients 172
Les temps de l'urgence : l'implication personnelle et sa logique 173
Le temps, une ressource rare inégalement distribuée 179
Une rencontre manquée ? 186
2.2.2 Les représentations genrées face aux tentatives de suicide : une critique de la statistique des tentatives de suicide ? 194
La place des alcoolisations dans la prise en charge des conduites suicidaires 194
Compter les tentatives de suicide : une équation difficile à résoudre 204
2.2.3 Maintenir l'investissement : la charge personnelle des tensions 211
Le contrôle comme négociation 211
Maintenir la sollicitude tout en évitant la plainte 215
L'investissement affectif 220

Résumé **227**

2.3 Le travail psychiatrique aux urgences 231
2.3.1 L'autonomie au cœur de la prise en charge 232
L'évaluation de la crise suicidaire 232
L'importance de la délégation de la décision 242
La négociation de la décision 247
2.3.2 L'autonomie et ses difficultés de mise en œuvre 253
Le temps de la décision 253
Les alcoolisations et les pensées suicidaires ? 258
Consensus à la marge et responsabilité 260
2.3.3 L'individualisation au principe du travail 269
La dimension sociale des tentatives de suicide ? 269
Un désinvestissement complexe 274
Désinvestissements et charge de l'investissement 278

Résumé 285

CONCLUSION GÉNÉRALE 287

BIBLIOGRAPHIE 299

ANNEXES 317

1. Autorisations 317
1.1 Comité d'Évaluation Éthique de l'Inserm 317
1.2 Déclarations CNIL 319

2. Grille d'entretiens 321
2.1 Personnel hospitalier 321
2.2 Suicidants 325

3. Essai d'analyse de recompositions de trajectoires sociales 329
3.1 « Je suis triste alors que j'ai tout… » : récit d'une recomposition incertaine 329
3.2 « J'ai élevé mes enfants toute seule… » : l'horizon réduit des alternatives selon le genre 333
3.3 La médiation médicale et le genre 340

INDEX DES FIGURES 349

INDEX DES TABLEAUX 351

INDEX DES ENCADRÉS 353

TABLE DES MATIÈRES 355